

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

PREPARAÇÃO PARA O PARTO - EXPECTATIVAS/VIVÊNCIAS
DE UM GRUPO DE MULHERES

Dissertação de Mestrado

Orientação:

Professora Doutora Marinha Carneiro

Co-Orientação:

Professora Mestre Paula Prata

Isabel da Conceição Moura Marques Neves

Porto | 2012

Ao meu marido,
Aos meus filhos André e Luís.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marinha Carneiro por ter aceitado orientar esta dissertação, pela disponibilidade, pelo incentivo, pela confiança e por todos os ensinamentos durante este percurso.

À Professora Mestre Paula Prata pelas sugestões, pela disponibilidade durante toda esta caminhada, nomeadamente na revisão crítica, pelo encorajamento e confiança depositada em mim.

Aos meus pais por toda a ajuda que me deram e continuam a dar, e por toda a confiança que depositam em mim.

À minha família por estar sempre presente e por me incentivarem.

À Juliana por toda a ajuda e disponibilidade.

Aos colegas de trabalho que me incentivaram e me ajudaram durante esta caminhada.

Às colegas do mestrado por partilharem comigo a sua experiência e por me ajudarem.

A todas as participantes pelo seu contributo essencial, sem o qual não seria possível este trabalho.

À ARS Norte, ACES de Gondomar e USF Sete Caminhos por permitirem que fizesse este estudo e por toda a colaboração dada.

*O conhecimento torna a alma jovem e
diminui a amargura da velhice.
Colhe, pois, a sabedoria.
Armazena suavidade para o amanhã.*

Leonardo da Vinci

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

DGS – Direção Geral de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1 – PARENTALIDADE	21
1.1 – Preparação Para a Parentalidade	24
1.1.1 – O Empowerment na Preparação Para a Parentalidade	24
1.2 – Preparação Para o Parto.....	26
1.2.1 – Objetivos e vantagens da Preparação Para o Parto	33
1.3 – O Método em Uso na USF Sete Caminhos	35
2 – TEORIA DOS SABERES	37
2.1– Os Saberes Teóricos.....	39
2.2 – Os Saberes Práticos	40
2.3 – Os Saberes-Fazer	41
2.4 – O Saber em Uso	42
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
3 – A METODOLOGIA.....	47
3.1 – Questões de Investigação.....	49
3.2 – Finalidade e Objetivos do Estudo	49
3.3 – Tipo de Estudo	50
3.4 – Contexto e Participantes	51
3.5 – Procedimento Para a Recolha de Dados.....	52
3.6 – Procedimento de Análise de Dados	54
3.7 – Considerações Éticas.....	57
PARTE III – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO	59
4 – ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	61
4.1 – Trabalho de Parto	63
4.2 – Estratégias de Alívio da Dor.....	66
4.3 – Expectativas Sobre o Trabalho de Parto	68
4.4 – Vivências.....	71
4.5 – Papel Parental.....	72

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	89
ANEXO I – Guião da Entrevista	91
ANEXO II – Pedido e parecer de autorização para o estudo	97
ANEXO III – Declaração de consentimento livre e informado	103

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Lista de Gráficos

GRÁFICO I - Grau de Escolaridade	62
--	----

Lista de Quadros

QUADRO I - Idade.....	61
QUADRO II - Dimensão 1 - Preparação para o parto	62
QUADRO III - Dimensão 2 - Preparação para a parentalidade	63

RESUMO

A gravidez e o parto constituem um período na vida da mulher/casal, caracterizado por complexas alterações a nível físico, psico-emocional e social, que variam de pessoa para pessoa e de casal para casal, de acordo com uma diversidade de fatores de carácter social, familiar, psicológicos, culturais e outros, que requerem capacidade de adaptação e implicam necessidade de apoio por parte da equipa de saúde, constituindo por isso um momento crucial em termos de necessidades de educação para a saúde.

Desta forma, torna-se necessário informar e educar para uma mudança de paradigma em que o casal seja o principal protagonista da experiência de parto, realizando escolhas cada vez mais conscientes.

Assim, a adequada preparação pré-natal, tanto teórica como prática, proporciona uma série de recursos à mulher grávida e ao casal que, quando chega ao momento do trabalho de parto e parto lhes permite controlar os complexos fatores de natureza psicológica/emocional, social, cultural e biológica que influenciam todo este processo. Com esta investigação pretendemos atingir os seguintes objetivos: compreender as vivências/expectativas das mulheres no processo de nascimento e identificar o contributo da preparação para o parto na satisfação com o trabalho de parto e nascimento.

Para a realização deste estudo optámos por uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo exploratório, sendo a amostragem selecionada por conveniência e constituída por dez mulheres que experienciaram a vivência do trabalho de parto e parto, após terem assistido a sessões de preparação para o parto durante o período pré-natal.

A recolha de dados foi obtida por entrevista semi-estruturada. Estas foram submetidas à análise de conteúdo, tendo subjacente os princípios propostos por Laurence Bardin (2009). Da análise dos dados emergiram duas dimensões: preparação para o parto e preparação para a parentalidade, onde se destacaram

cinco categorias: trabalho de parto, estratégias no alívio da dor, expectativas sobre trabalho de parto, vivências e papel parental.

Os resultados deste estudo, tendo subjacente a teoria dos saberes de Gérard Malglaive (1995), permitiram compreender o modo como estas mulheres mobilizaram os seus saberes, de forma a vivenciarem o trabalho de parto e parto.

As mulheres souberam aplicar o que aprenderam nas aulas de preparação para o parto e parentalidade, tornando-se protagonistas no processo de nascimento.

Os pais demonstraram que mobilizaram saberes e aquisição de habilidades, na medida em que lhes permitiu fazer face a situações novas, enaltecendo os processos formativos durante o período pré-natal, como tendo sido momentos fundamentais na aquisição de saberes e competências.

Palavras-chave: trabalho de parto; nascimento; preparação para o parto; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are part of a period in women/couple's life that is characterized by complex changes at a physical, psycho-emotional and social level, which varies from person to person and from couple to couple, according to a diversity of factors of social, familiar, psychological and cultural character, that require some adaptation capacities and the need of support from a health professionals team, resulting in a crucial moment of health education needs.

In this way, it is necessary to instruct and educate for a paradigm change in which the couple is the lead protagonist of the childbirth experience, being able to make increasing conscious choices.

Therefore, adequate pre-natal preparation, both theoretical and practical, provides a series of resources to the pregnant woman and the couple that, when the time for labor work and childbirth comes, will allow better control of the complex factors of psychological/emotional, social, cultural and biological nature that influence all this process. With this investigation, we pursue the following objectives: comprehend the experiences/expectations of the women in the childbirth's process, and identify the contribution of the preparation for childbirth in the satisfaction with the labor work and childbirth.

In order to develop this study, we opted for a research of the qualitative exploratory type, with the sample selected by convenience and composed by ten women that experienced the labor work and childbirth, after attending to sessions of preparation for childbirth, during the pre-natal period.

The data gathering was obtained by semi-structured interview. These were submitted to content analysis, underlying the principles proposed by Laurence Bardin (2009). From the data analysis, two dimensions emerged, childbirth preparation and parenting preparation, where five categories were highlighted: labor work, strategies for pain relief, expectations about labor work, experiences and parenting role.

The results of this study, underlying to the theory of knowledge from Gérard Malglaive (1995), allowed the comprehension of how these women mobilized their knowledge, in order to experience the labor work and childbirth.

These women knew how to apply what they've learned in the childbirth preparation sessions, becoming the protagonists of the childbirth process.

The parents demonstrated that they can mobilize their knowledge and skills acquirement in order to allow them to deal with new situations, exalting the educational processes during the pre-natal period as being fundamental moments in the acquisition of knowledge and skills.

Key-words: labor work; childbirth; childbirth preparation; basic healthcare.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto constituem um período na vida da mulher e do casal caracterizado por múltiplas alterações/adaptações a nível físico, psico-emocional e social, que variam de pessoa para pessoa e de casal para casal, de acordo com uma multiplicidade de fatores de carácter social e familiar, psicológicos, culturais e outros, requerendo alguma capacidade de adaptação e implicando necessidade de apoio por parte da equipa de saúde, constituindo por isso um momento crucial em termos de necessidades de educação para a saúde (Domingo, 2007).

Segundo Redman (2003), citado por Domingo (2007), idealmente a educação para a saúde deveria começar com aulas formais que se iniciariam antes da conceção, estendendo-se até cerca de três meses após o parto.

Analizando o retrato da fecundidade portuguesa contemporânea, no qual se subscreve o concelho de Gondomar, assiste-se a uma crescente escolarização da mulher e conseqüente entrada no mercado de trabalho. A melhoria das condições de vida, aquisição de casa própria, um planeamento familiar mais eficaz, a necessidade do casal de organizar a sua vida e conseguir uma estabilidade financeira mais adequada para constituir família, conduz a descendências reduzidas, onde se destaca o filho único. Por outro lado, percebe-se a existência de gravidezes cada vez mais frequentes na adolescência. A família tradicional deu lugar à família nuclear, os casais perderam o contacto com as vivências da família alargada, por estas razões o contacto com crianças, com o parto e com a parentalidade é cada vez menos frequente, surgindo a necessidade por parte da mulher/casal, de apoio desde o início da gravidez até ao pós-parto. Daí a importância da Educação para a Saúde e das sessões de Preparação para o Parto, nos Cuidados de Saúde Primários (Darós, 2010).

A enfermagem enquanto profissão deve promover o aumento da qualidade das suas intervenções procurando continuamente suprir as necessidades da população. Assim, a base desta intervenção assenta essencialmente na Educação para a Saúde, cuja importância é realçada no Programa de Saúde Materna dos

Cuidados de Saúde Primários, onde a Preparação para o Parto, tem papel preponderante na preparação da mulher/casal para uma nova etapa da vida do casal.

Este estudo visa estudar as “Expectativas/Vivências” de um grupo de puérperas que fizeram Preparação para o Parto, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar (ACES), de modo a compreendermos como conseguiram mobilizar os saberes que adquiriram durante o período pré-natal.

Os efeitos das ações educativas durante a gravidez têm sido avaliados com resultados favoráveis para os ganhos em saúde, destacando-se a redução da taxa de cesarianas, analgesia/medicalização e produzindo o aumento da satisfação materna (Bento, 1992), (Freitas e Freitas, 1996), (Baglio *et al.*, 2000), (Couto, 2003 e 2006), (Spinelli *et al.*, 2003), (Morgado, 2010).

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e maternidade. A mulher está direcionada e envolvida com a gravidez, assim como sensível à escuta. É um momento que possibilita intensa aprendizagem, sendo uma oportunidade para o profissional de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar. Tal prática pode contribuir para que a mulher/casal adquira autonomia, aumente a sua capacidade para enfrentar situações de stress e crise e possa decidir sobre a sua saúde. Para a maioria das mulheres, a gravidez significa realização, experiência única, amor, doação, aprendizagem, preocupação, possibilidade de mudanças, renovação, responsabilidades, uma nova e maior motivação para viver, a expressão da beleza e, sobretudo, a oportunidade de assumir a maternidade (Darós, 2010).

A preparação para o parto é definida como um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto (Bobak, 1999, cit. por Couto, 2006).

Segundo Couto (2006), a preparação para o parto com a ajuda de técnicas respiratórias e outras, ajuda a reduzir e controlar a dor e o desconforto. Origina também, ao casal, uma oportunidade única para o marido/companheiro ajudar a sua mulher nessa experiência única. Por outro lado os benefícios para a saúde são imensos, indo desde partos mais breves, diminuição da administração de medicação e anestesia até a utilização diminuta ou abolida de instrumentação no parto.

Como refere Couto (2006), os conhecimentos sobre a gravidez e o parto são apreendidos muitas vezes de forma incorreta e empírica, interiorizada por histórias relatadas de gravidezes e partos complicados, transmitidos de geração em

geração. Se essa aprendizagem não for realizada de forma progressiva e coerente, de acordo com o nível de compreensão da grávida, acontece que muitas mulheres iniciam o trabalho de parto sem conhecerem o seu corpo, desconhecendo o que se passa com elas, o que pode ser gerador de insegurança, ansiedade e medo.

Este estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento da eficácia das ações educativas implementadas no período pré-natal. Neste sentido, refletindo sobre o modelo atual de Preparação para o Parto, podem-se levantar as seguintes questões:

- Quais as vivências/expectativas das mulheres no processo de trabalho de parto e nascimento?
- De que forma as expectativas das mulheres foram correspondidas face às ações educativas que tiveram?
- Como é que as ações educativas potenciam a competência materna no trabalho de parto e nascimento?

O presente estudo tem como objetivos:

- Compreender as vivências/expectativas das mulheres no processo de nascimento;
- Identificar o contributo da preparação para o parto na satisfação com o trabalho de parto e nascimento.

Para a consecução destes objetivos e no sentido de dar resposta às questões inerentes ao objeto de estudo, definimos as conceções teóricas que sustentariam a nossa investigação: parentalidade, preparação para a parentalidade, preparação para o parto e teoria dos saberes. Na preparação para a parentalidade e para o parto, cabe ao enfermeiro especialista preparar as mulheres/casais, de forma a conseguirem usar estratégias de *empowerment*, ou seja, preparar as mulheres/casais para que estes consigam uma tomada de decisão consciencializada e informada sobre o seu estado de saúde, durante o trabalho de parto e parto, de forma a serem atores e não apenas meros espectadores. Por sua vez a Teoria dos Saberes de Malglaive, traz um contributo relevante, pois agrega o saber teórico, processual, prático, saber-fazer e os saberes em uso, nos quais estão englobados os conhecimentos teóricos e as habilidades. Este enquadramento teórico, juntamente com uma maior reflexão permite direccionar a problemática para o domínio dos conhecimentos e habilidades, que sustentado pela teoria de Malglaive, se traduz por “saberes”. A compreensão destes permitirá inferir as

dificuldades dos pais para compreenderem e mobilizarem os saberes adquiridos durante a preparação pré-natal.

O presente trabalho encontra-se estruturado e organizado em três partes: A primeira parte refere-se ao suporte teórico com o qual procuramos explorar todas as áreas que possam contribuir para a clarificação da temática. Assim, faremos uma abordagem sobre a parentalidade, preparação para a parentalidade, a preparação para o parto e a teoria dos saberes (saberes práticos, saber-fazer, saber em uso). A gravidez, para além de representar o período gestacional de desenvolvimento do feto, corresponde igualmente ao período de desenvolvimento do papel parental, daí ser encarada como um ponto crucial no ciclo vital da família, sendo um período de preparação e adaptação da mulher/casal, tornando-se uma transição particularmente crítica, não só pelo seu carácter permanente, mas também pelas implicações que o ajustamento conseguido terá sobre a saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança, dos pais e da família (Elek e col., 2003, citado por Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005). Na preparação para o parto e parentalidade, a mulher/casal procura o profissional de saúde que o poderá ajudar a ultrapassar os receios, dúvidas e incertezas acerca do parto e de como tratar o novo elemento da família.

Numa segunda parte, apresenta-se uma abordagem sobre a metodologia escolhida para a realização desta investigação. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório, ao trabalhar com pessoas e sentimentos (vivências e expectativas). Assim, esta segunda parte, refere-se às opções tomadas sobre o contexto do estudo, participantes, forma de recolher os dados, aspetos formais e éticos e os respetivos procedimentos para a análise dos dados.

Na terceira parte faremos a análise, interpretação e discussão dos dados. Também, nesta última parte, realçamos as principais conclusões que emergiram desta investigação e deixamos algumas sugestões, de forma a contribuirmos com uma reflexão para um plano de formação à mulher grávida/casal mais eficaz e com mais qualidade. Foi um longo e árduo caminho percorrido, através do qual fomos crescendo com a convicção de estar a contribuir para o desenvolvimento das práticas da enfermagem, e em simultâneo com a convicção que fomos aprendendo em cada passo que demos, nas decisões que tomamos ao longo da realização deste estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – PARENTALIDADE

O nascimento de um filho é, normalmente considerado um dos acontecimentos mais marcantes e importantes na vida dos casais. Apesar de ser considerado um acontecimento normal na vida das famílias (Boss, 2002), pode ser uma fonte de stress pelas exigências que daí advêm, pela reorganização pessoal, familiar e profissional que exige (Moura-Ramos e Canavarro, 2007).

Moro (2005, p. 259) diz-nos que:

“(...) Não nascemos pais, tornamo-nos pais (...) A parentalidade constrói-se com ingredientes complexos. Alguns deles são colectivos, pertencem à sociedade como um todo, mudam com o tempo, são históricos, jurídicos, sociais e culturais. Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos pais enquanto pessoas, enquanto futuros pais, pertencem ao casal, à própria história familiar do pai e da mãe”.

Segundo a mesma autora (Moro, 2005, p. 259) “há mil e uma maneiras de ser pai e de ser mãe (...) Toda a dificuldade reside então no facto de deixar lugar, para que se manifestem essas potencialidades e que nós nos abstenhamos de todo o julgamento, sobre a melhor maneira de ser pai ou de ser mãe”.

Para Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p. 457), “Tornar-se pai e tornar-se mãe gera um período de mudança e instabilidade para todos os homens e mulheres que decidem ter filhos.” Segundo estas autoras para promover a adaptação à paternidade/maternidade, os pais necessitam de assumir comportamentos e habilidades para lidar com a mudança e com o desequilíbrio desta nova etapa de suas vidas.

Tornar-se pai e tornar-se mãe é um longo percurso, que se inicia muito antes do nascimento de um filho (Zornig, 2010), começando na infância de cada um dos pais. A parentalidade estende-se para além do fator biológico, constrói-se e transforma-se além do ciclo vital (Lebovici, 2004). Decidir tornar-se pai e tornar-se mãe é assumir um compromisso irreversível, particularidade, esta, que distingue a

parentalidade das restantes transições. Afigura-se como uma das transições que ocorre durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos, razão pela qual foi designada por vários autores (Schumacher e Meleis, 1994; Meleis, 2000; Mercer, 2004) como uma transição desenvolvimental.

São diversas as razões que tornam esta transição tão significativa. Por um lado, constitui a resposta a um preceito da espécie humana para a preservação, a sobrevivência e a reprodução. Por outro, corresponde a uma expectativa social relacionada com os papéis da idade adulta e faz parte, habitualmente, dos projetos de vida em comum dos casais. A maternidade e a paternidade permitem ao indivíduo o sentido de continuidade e revestem-se de experiências de grande significado pessoal. Quando comparada com outras mudanças na vida adulta, a transição para a parentalidade reveste-se de um carácter que lhe é único: a sua irreversibilidade. Uma vez mãe ou pai, nunca deixaremos de o ser (Cruz, 2005).

Desta forma, a transição para a parentalidade acarreta consigo um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais tanto para a mulher como para o homem, sobretudo no que se refere aos relacionamentos significativos aos níveis individual, do casal e da família (Figueiredo et al., 2006). É um momento de grande vulnerabilidade emocional tanto para as mães como para os pais. Ao nível individual, segundo os autores, este processo implica a revisão dos papéis da infância e dos modelos de interação observados com os pais. Do casal, espera-se a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e a preparação em conjunto, para a nova tarefa de cuidar do bebé. O desenvolvimento das tarefas que permitem a transição para a maternidade/paternidade, implicam a construção partilhada de uma unidade parental (Mendes, 2009). Desta forma, a transição para a parentalidade diz respeito ao período de tempo que decorre entre o início da gravidez e os primeiros meses após o nascimento da criança. Enquanto experiência humana, compreende um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais a vários níveis, que representam um desafio à capacidade de adaptação do indivíduo (Lourenço e Afonso, 2008).

Este período tem como função essencial preparar os pais para as tarefas complexas e desafiantes que se lhes vão colocar pela frente. Exige mudanças a diversos níveis, em que ambos os membros do casal têm de se ajustar às grandes transformações que surgem, não apenas no corpo materno, mas também como resultado da mudança de papéis e da sua adaptação a situações que acontecem durante a gravidez, parto e pós-parto (Conde e Figueiredo, 2007). Uma vez que a condição de ser pai e mãe se desenvolve de forma gradual, implica que todos os

seus aspetos sejam revistos, tanto a nível do comportamento, como a nível da própria identidade e maneira de ser.

Uma definição tradicional de parentalidade, associa a esta experiência sentimentos de alegria e satisfação onde a função social e afetiva se revela compensadora, e um meio através do qual o indivíduo atinge a realização pessoal e se completa enquanto ser humano (Relvas, 2000). Não obstante, a gravidez e o nascimento de um filho representam, também, mudanças significativas na vida de qualquer ser humano. Na opinião de Relvas (2000), cit. por Soares (2008, p. 17) “este acontecimento conduz à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade”. Deste modo, os processos de transição que daí resultam exigem um reajustamento e reorganização por parte dos indivíduos (pais e família) que se repercutirá no seu próprio processo de desenvolvimento.

De acordo com Oliveira, Pedrosa e Canavarro (2005), a parentalidade implica integrar e equilibrar dimensões que parecem contrárias, como apoiar e favorecer a autonomia, estar junto e separado, dar continuidade e favorecer a diferença. Neste sentido, a gravidez e o nascimento de um filho representam também mudanças significativas na vida de qualquer ser humano. Deste modo, os processos de transição que daí resultam exigem um reajustamento e reorganização por parte dos intervenientes, que se repercutirá no seu próprio processo de desenvolvimento. De facto, tornar-se mãe e tornar-se pai e, por conseguinte, incorporar uma diversidade de alterações na própria vida, é considerado como um dos maiores desafios que sucedem na vida dos indivíduos, sobretudo quando este acontecimento surge pela primeira vez (Ladder e Damato, 1992, cit. por Nyström e Örling, 2004).

Para alguns autores, designadamente Ramos e col. (2005), o nascimento de um filho é considerado um dos principais momentos de transição do indivíduo ao longo da vida, responsável por mudanças a vários níveis, nomeadamente individual, conjugal, familiar e social. É, também, neste período que acontecem as maiores alterações nos papéis sociais do casal, acompanhadas de necessidades de redefinição e reorganização de projetos de vida. Conhecer e compreender as experiências parentais, é particularmente importante para os enfermeiros de saúde materna e obstétrica poderem apoiar os casais durante a transição para a parentalidade, na busca de uma preparação bem sucedida.

1.1 – Preparação Para a Parentalidade

De acordo com Brasileiro e col. (2002) e Teixeira e col. (2010), o período pré natal é um momento de grande expectativa e de preparação biológica e psicológica para o parto e maternidade. É um período de constante aprendizagem, fundamental para o bom desenvolvimento do trinómio mãe-pai-filho. Ressalta-se, neste contexto que o profissional de enfermagem desempenha um papel estratégico no processo educativo, pois a gravidez é tida como singular para desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar.

Durante a gravidez a mulher faz a sua adaptação ao papel de mãe, formando um compromisso de vida com outro ser humano. Por sua vez, o homem também passa por essa fase e nos últimos vinte anos, nas sociedades ocidentais, o envolvimento do pai no nascimento do filho aumentou significativamente.

De acordo com May (1982) a mulher na adaptação à parentalidade, passa por três fases: a fase de aceitação da gravidez, como fator biológico; a fase do relacionamento, em que a mulher aceita o feto em crescimento, como um ser distinto dela; e a fase da preparação, onde a mulher se prepara realmente para o parto e maternidade. Por sua vez o homem passa por três fases distintas na adaptação à parentalidade: fase do anúncio, aceitação da gravidez como fator biológico; fase moratória, sendo o período de adaptação à realidade da gestação; e a fase da concentração, onde há envolvimento ativo na gestação e no relacionamento com o filho.

1.1.1 – O Empowerment na Preparação Para a Parentalidade

Tendo em vista o melhoramento do estado de saúde da população portuguesa, o Plano Nacional de Saúde vigente preconiza medidas específicas centradas em momentos especiais como o nascer, dado este, entre outros, se constituir como uma excelente oportunidade para a educação para a saúde, para ações de prevenção e outras intervenções. Paralelamente, com o avanço tecnológico e científico na profissão da enfermagem, que contribui para a melhoria da qualidade de vida e da prestação de cuidados de saúde, torna-se premente envolver os cidadãos nos cuidados de saúde, para que, de uma forma esclarecida,

assumam a responsabilidade pela continuidade dos mesmos, traduzida pela adoção de fatores protetores da saúde. Segundo Pereira e col. (2011, s.p.), “(...) a transmissão do poder para o utente exige que os profissionais de Saúde maximizem o conhecimento deste sobre os autocuidados, recursos e competências, (...) no sentido da autonomia pessoal e auto-eficácia.” De acordo com as mesmas autoras o empowerment dos cidadãos, face aos cuidados de enfermagem, inclui:

*“(...) estratégias e mecanismos de envolvimento e participação dos cidadãos no diagnóstico, concepção, desenvolvimento e avaliação dos cuidados prestados; envolvimento dos cidadãos em processos de auto-representação (**self-advocacy**), cooperação nos processos de tomada de decisão numa auto-responsabilização pelo seu estado de saúde; desenvolvimento pessoal para a autonomia e capacidade de iniciativa dos cidadãos dos cuidados de enfermagem, são conceitos fundamentais de **empowerment**”¹.*

O termo **empoderamento em saúde** aparece relacionado com o contexto de saúde das populações, enfatizando a participação dos cidadãos nos cuidados de saúde (Pereira et al., 2011). De acordo com os autores, a OMS (1998) designa o empoderamento na promoção da saúde como um processo, através do qual, as pessoas adquirem controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.

De acordo com o descrito, Oliveira e col. (2010), referem que os cursos de preparação para o parto concedem à grávida poder/autoridade, como consequência do processo de procura de saber. Este processo educativo, segundo os autores, torna a mulher mais segura, tornando-se um sujeito ativo no processo de nascimento.

Nas sessões de preparação para o parto e parentalidade, o EESMO com recurso a aulas teóricas e práticas capacita a mulher/casal para estarem aptos a cuidar do recém-nascido. Com vista a promover a vivência da maternidade/paternidade responsáveis, nestas sessões aborda-se a preparação do enxoval – desde a roupa do recém-nascido, aos produtos de higiene a utilizar; os cuidados de higiene – do banho à mudança da fralda e cuidados ao coto umbilical; a amamentação – vantagens, características do leite materno, técnica da amamentação, horário e duração das mamadas, sinais de fome, dificuldades com a amamentação, problemas e como os resolver; as cólicas do recém-nascido – a

¹ O termo **empowerment** é traduzido na língua portuguesa por **empoderamento**, designa um neologismo que significa “*obtenção, alargamento ou reforço de poder*” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa). Nesta linha de orientação, optou-se por utilizar o termo **empoderamento** neste trabalho de investigação.

massagem para a cólica, o choro; transporte do recém-nascido e segurança; a posição ao deitar – para prevenção da síndrome de morte súbita. Promove-se a discussão e a partilha de experiências por parte da mulher/casal. Há efetivamente uma troca de experiências e aprendizagem por parte da mulher/casal com todo o grupo.

É de grande importância realçar e dar prioridade ao papel do cuidar, da ajuda, da valorização e da melhoria da autoestima dos utentes.

1.2 – Preparação Para o Parto

Durante muitos séculos o parto foi considerado um dogma, sendo um assunto exclusivamente feminino, que mobilizava familiares, vizinhas e amigas, destacando-se a parteira, mulher reconhecida pela sua experiência e competência. Nesta perspetiva Gil (1998) considera que a figura de parteira e da acompanhante já presente nos egípcios, ilustra a imagem clássica do parto – trio formado pela parturiente, parteira e acompanhante.

O parto é um ato social e cultural, determinante de profundas alterações na relação familiar. É vivido num contexto de determinados costumes, onde têm lugar processos fisiológicos e psicológicos. Neste contexto, Couto (2003, p. 17) refere que “ (...) o estado gravídico pode ser considerado um estado ritual, ou seja, um estado de contínuo cumprimento de tradições e costumes passados de geração em geração (...)” onde “(...) a futura mãe tem uma relação ativa com a sociedade, cabendo-lhe integrar-se e fazer a ligação entre o presente e o passado e humano e o divino, ou seja fazer a ligação sobre a diversidade cultural de cada geração”.

Do ponto de vista sócio – cultural, o parto é considerado um ato natural, tendo subjacente uma transmissão de saberes culturais e/ou informação científica, como já referenciamos anteriormente. Nesta perspetiva também lhe estão associados outros fatores, a dor e o sofrimento, que sendo transmitidos culturalmente, vão determinar de forma fundamental a experiência e postura das mulheres durante o parto.

A forma como a dor é sentida e percecionada pelas mulheres, durante o trabalho de parto está relacionada com diversos aspetos, nomeadamente os sociais, económicos, culturais, psicológicos e familiares. Assim, cada sociedade

sente a dor e atribui-lhe um significado em função de toda a organização social que a rodeia (Couto, 2003).

Gil (1998), também defende que os fatores sócio – culturais têm um papel importante na percepção da dor, pois, encontra-se interiorizado na mulher ocidental que o parto é sinal de perigo e dor, estabelecendo-se uma relação direta entre a percepção do começo do trabalho de parto e o aparecimento da dor. Segundo a mesma autora, este medo provoca tensão, que dificultando o trabalho de expulsão, causa verdadeira dor.

Segundo Lukas (1983), durante muitos anos nem se quer se colocou a pergunta da dor num acontecimento fisiológico como o parto. Dick-Read, médico obstetra inglês, foi o primeiro a manifestar interesse, nos anos 30, pela adaptação emocional das mulheres durante o trabalho de parto (Gil, 1998). Este médico, expôs, num livro as suas ideias sobre a origem da dor de parto e sobre o parto natural. Na sua opinião, sendo o parto, um processo fisiológico não deveria causar dor, referindo que se o parto humano é doloroso, isso é atribuído a influências psicológicas prejudiciais. Segundo Gil (1998), Read fez a tentativa de interromper a corrente “medo – tensão – dor”, evitando o medo através do esclarecimento das mulheres durante o parto. Assim, com o desaparecimento da tensão nervosa, que Read aperfeiçoa através de exercícios respiratórios e de relaxamento durante a gravidez, ocorre afrouxamento nos músculos e vasos sanguíneos, levando a que a mulher tenha menor percepção de dor.

Após alguns anos da edição do primeiro livro de Dick-Read, também na Rússia os cientistas se debruçavam sobre este assunto, sendo que, nos anos 40, se aplicavam às mulheres em trabalho de parto técnicas baseadas na teoria dos reflexos condicionados de Pavlov – na tentativa de ampliar o limiar da dor, de modo que as sensações interpretadas pelo sistema nervoso central como dolorosas, fossem aceites como indolores (Gil, 1998). De acordo com Couto (2003), os obstetras russos Velvosky e Nicoleiv basearam-se na teoria dos reflexos condicionados de Pavlov e nos conhecimentos obstétricos para o estudo e aplicação deste método.

Em 1952, Lamaze, introduziu na França o método russo de parto sem dor, com algumas modificações técnicas. Este obstetra direciona a sua atenção para as técnicas de respiração, pois através desta é inibida a passagem dos reflexos condicionados negativos para o córtex, evitando-se assim a percepção da dor (Lukas, 1983). O método rapidamente se propagou pela Europa e Estados Unidos, rotulado de **parto sem dor**. Na perspetiva de Couto (2003) o método Lamaze, baseia-se na respiração, especialmente a que deve ser praticada durante as

primeiras fases do trabalho de parto, de acordo com a teoria de que a percepção da dor, em cada contração uterina resulta, em grande parte, de um reflexo condicionado. Ainda, na ótica deste autor, para anular este condicionamento negativo bastará desencadear outro que favoreça o auto controlo e afaste a atenção da dor, sendo que para isso bastará relacionar a contração com um ato voluntário, não doloroso, como a respiração.

O método psicoprofilático chegou a Portugal em 1953, através do Dr. Pedro Monjardino, Dr.^a Sesina Berundes e Dr. Seabra Dinis, após a realização de um estágio em França. Estes preparam-se com o Dr. Lamaze, na Maternidade dos Metalúrgicos em Paris (Couto, 2003). Os pioneiros portugueses iniciaram a preparação de casais no antigo Hospital do Ultramar. Mais tarde, em 1963, a Dra. Graça Mexia cria um centro de preparação para o parto em Lisboa. No seu ginásio, começa a preparar casais e pessoal de saúde, com muito êxito, lutando finalmente pela oficialização do método. Em 1980, é criado no Porto, pela Obstetra Celeste Pereira um Centro de Preparação Psicoprofiláctica para o Parto, idêntico ao de Lisboa. De salientar, que a criação do método, implicou a introdução do ensino nas faculdades de medicina e nas escolas superiores de enfermagem, a sua prática nos hospitais, centros de saúde e maternidades.

De entre muitos métodos existentes por todo o mundo científico, ou até mesmo empírico, o método psicoprofilático foi um dos mais usados e com maior sucesso.

A preparação psicoprofilática para o parto é definida como um método de educação física e psíquica através de informações corretas sobre as transformações da gravidez e do parto. Estas informações visam conduzir a grávida ao equilíbrio emocional, com vista a disciplinar o seu comportamento com expressas vantagens sobre o parto (Couto 2003). O método psicoprofilático divide-se em duas partes, a parte psicológica e a parte profilática. A informação que trata da parte psicológica consiste na explicação do mecanismo de ação do sistema nervoso, no funcionamento do cérebro, assim como compreender a relação cérebro – útero no momento do parto. A parte profilática consiste em proporcionar às mulheres noções de anatomofisiologia do aparelho reprodutor, ensino sobre exercícios respiratórios e de relaxamento, de forma a exercitá-las no sentido de conseguirem dominar todo o seu corpo.

A aprendizagem sobre a gravidez e o parto é realizada muitas vezes de forma incorreta e empírica, interiorizada por histórias relatadas de gravidezes e partos complicados. Sendo a gravidez não apenas um período de espera, mas também de preparação, torna-se imperativo que a aprendizagem seja realizada de

forma progressiva e coerente de acordo com o nível de compreensão da mulher. O conhecimento do seu corpo, o modo como funciona e se desenvolve, vai permitir uma melhor adaptação da mulher à gravidez e posteriormente melhorar a sua experiência de parto (Couto, 2003).

A preparação para o parto consiste, então, num programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros e encoraja a participação ativa no processo de parto (Couto, 2003). Como momento de educação, deve ser entendida como algo que permita encarar e perceber a gravidez e parto, como atos fisiológicos, mas mais ainda, como momentos de partilha e alegria (Couto, 2003).

A DGS (2001), considera a preparação para o parto como uma componente importante da educação pré-natal. As orientações para o seu início variam de acordo com o tipo de método utilizado e com as orientações emitidas por organizações governamentais e não governamentais. Lamaze Internacional recomenda pelo menos doze horas de formação.

Em Portugal, as grávidas têm acesso a estas aulas tanto através do Serviço Nacional de Saúde como de instituições privadas. A Administração Regional de Saúde do Norte recomenda que sejam oferecidas à mulher aulas de preparação para o parto e que nelas se forneça informação sobre métodos não-farmacológicos de alívio da dor de trabalho de parto, seguindo as orientações da Direcção Geral de Saúde, que no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p. 47-48), refere que para além dos métodos farmacológicos se devem ensinar, aos indivíduos, formas de auto controlo da dor, incluindo aqui as estratégias não-farmacológicas, recomendando que se ensinem não só estratégias comportamentais, mas, também, estratégias cognitivas, tais como: técnicas de distração, estratégias de confronto e reestruturação cognitiva.

Os cursos de Preparação para o Parto surgiram para reduzir a ansiedade e a dor associados ao parto, sendo hoje um direito legalmente estabelecido (Lei nº 142/99 de 31 de agosto), (Morgado, 2010).

Graça (2010), afirma que a ARS Norte, numa perspetiva de concretizar orientações estratégicas do PNS (Portugal, 2004), para reduzir as taxas de cesariana, faz recurso à preparação para o parto, considerando a preparação para o parto pelo método psicoprofilático um imperativo da vigilância pré natal.

Cada vez mais se verifica uma necessidade por parte da grávida/casal de mudar a realidade do seu parto, por isso o recurso a aulas de preparação para o parto tem crescido nos últimos anos, (Santana et al. 2011).

Apesar dos diferentes métodos existentes, todos têm semelhanças, nomeadamente a informação sobre o processo do trabalho de parto, a preparação física e a certeza no apoio durante o trabalho de parto, com o objetivo último de uma vivência do parto e maternidade/paternidade o mais positiva e enriquecedora possível.

Segundo Couto (2006) o parto é um processo fisiológico normal, mas em que os aspetos emocionais são fundamentais e devem ser respeitados. É um acontecimento íntimo e único na vida de uma mulher/casal, mas que à semelhança de muitos outros processos fisiológicos nunca é totalmente “natural”, pois, tal como a puberdade, a maturidade, as relações sexuais, a velhice, são influenciados pela personalidade de cada indivíduo e estão culturalmente definidos. Assim, a preparação para o parto da grávida/casal é de grande importância pois proporciona uma prestação de cuidados individualizados e informação ao casal acerca dos fenómenos físicos e psíquicos que podem ocorrer durante o trabalho de parto e parto. Enquanto momento de educação, tem diversas visualizações e compreensões da sua conceptualização científica. Assim sendo, a gravidez é um dos momentos mais importantes na vida do casal repleto de alegrias e ansiedades, mas também de medos e muitas dúvidas, daí que a preparação para o parto tem como objetivo principal a preparação de casais para a gravidez, o parto, a paternidade e a maternidade, permitindo-lhes vivenciar em toda a sua plenitude esta etapa de vida, desde o momento da concepção até ao pós-parto.

Durante o parto, embora a mulher pareça estar envolvida numa atividade puramente fisiológica e embora possa, efetivamente, ter o seu filho sozinha, a pressão social expressa valores sobre a gravidez, o parto, a sua importância, os seus riscos e o seu significado, o que causa uma enorme pressão sobre cada mulher/casal e sobre as suas decisões. O parto é assim definido social e culturalmente e vivido sobre determinados costumes (Gil, 1998).

Segundo Schmidt e Bonilha (2003), a gravidez, o parto e o puerpério, não existem como fenómenos isolados, fazem parte de um processo de maternidade/paternidade, numa fase em que o mais importante é a relação que a mãe e o pai estabelecem com o seu filho. Há maior equilíbrio e unidade familiar. O pai é chamado a intervir, estar presente. A preparação para o parto “exige” a presença do pai que acompanha a companheira nas aulas teóricas, filmes e aulas de relaxamento, onde ele participa ativamente, ajudando a grávida a treinar em casa. É o casal a ter o filho e não apenas a mulher, o que favorece os laços entre o casal e entre pai / filho.

De acordo com Domingo (2007), é necessário informar e educar para uma mudança de paradigma em que o casal seja o protagonista da experiência de parto, realizando escolhas cada vez mais conscientes. De acordo com a mesma autora, o processo de educação pré-natal deve iniciar-se preferencialmente desde a concepção, mas se tal não for possível, devemos aproveitar o último trimestre (como período de grande receptividade) para trabalhar com os casais neste sentido, nos denominados programas de preparação para o parto.

Para Michel Oden (2005), uma mulher em trabalho de parto precisa primeiro que tudo, de se sentir segura. A necessidade de se sentir segura explica a razão pela qual, em todo o mundo e em todas as épocas, muitas mulheres tiveram tendência para dar à luz perto da mãe, ou perto de uma substituta da mãe – uma mulher experiente ou uma avó – no quadro da família extensa ou no quadro da comunidade... uma parteira. A parteira era originariamente uma figura maternal. A mãe é o protótipo da pessoa com quem nos sentimos seguros, sem nos sentirmos observados e julgados.

A preocupação e intenção de proporcionar uma experiência positiva à mulher durante o parto, tem, à luz das indicações dadas pela OMS, trazido alterações na forma como estas são acompanhadas durante o trabalho de parto e parto, com uma preocupação de “humanização” deste evento, e principalmente como uma mudança do olhar sobre o mesmo. Daí que a preparação para o parto deve ser entendida como algo que permita encarar e perceber a gravidez e parto, como atos fisiológicos, mas mais ainda, como momentos de partilha e alegria.

Cada vez mais se verifica uma necessidade por parte da grávida/casal de mudar a realidade do seu parto, por isso o recurso a aulas de preparação para o parto tem crescido nos últimos anos.

De acordo com Chagas e col. (2009), a preparação para o parto, na perspectiva de educação para a saúde, faz parte do cuidado de enfermagem, pois somos educadores, embora Educação em Saúde por muito tempo tenha sido associada somente a procedimentos didáticos de transmissão de conhecimento em saúde, visando principalmente medidas preventivas. Ainda hoje, muitos profissionais de saúde se mantêm orientados por uma visão reducionista e positivista da Educação em Saúde, que visa principalmente medidas preventivas. Entretanto a mudança de paradigma possibilita a compreensão da ciência num nível bem mais crítico e criativo, no qual Educação e Saúde passam a ser entendidas como áreas de conhecimento humano que, integradas, revigoram o exercício da cidadania. Na gestação, o processo educativo tem a capacidade de ampliar as informações sobre o ciclo grávido-puerperal, sobre o corpo e

mecanismos da dor pode contribuir para rever algumas posições e compreensões construídas culturalmente, bem como minimizar as sensações dolorosas e medos durante o trabalho de parto e parto, tornando o processo de nascimento um momento saudável e feliz.

A preparação psicológica da mulher é um aspeto crucial do método psicoprofilático porque, através do afastamento do medo e da criação de uma atitude positiva em relação ao parto, reduz a ansiedade e facilita o relaxamento muscular (Circular Normativa número 2 de 2006 – DGS). Nesta perspetiva, a preparação para o parto deverá ser sempre entendida, socialmente, como um momento privilegiado para a mulher grávida e para a sua família, como estratégia política de educação, com resultados evidentes em ganhos em saúde.

A gravidez surge na vida de um casal como um marco, uma viragem no núcleo familiar. É uma experiência de mudança e renovação, onde se inicia uma preparação para a paternidade/maternidade. O parto e o período pós-parto são considerados na maioria das sociedades como períodos de risco para a mãe e o bebé. A visão do parto muda de cultura para cultura, de sociedade para sociedade e mesmo de pessoa para pessoa (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

A visão do parto, enquanto fenómeno natural ou médico, varia muito de cultura para cultura, determinando diferenças, tornando a experiência do parto num evento que tem um papel importante no processo de transição do papel maternal. A investigação tem vindo a demonstrar que as experiências relativas ao parto interferem de forma significativa no funcionamento emocional das mulheres e no estabelecer de uma relação adequada com o recém-nascido (Figueiredo, 2001). Há a referir o aumento da oxigenação do sangue fetal. O método facilita a descida e a expulsão do feto, apressa o nascimento. O início da respiração espontânea dá-se mais rapidamente, havendo menos necessidade de reanimação do recém-nascido. Há diminuição na incidência da morbilidade e mortalidade neonatais. Daqui sobressai a importância que os cursos de preparação para o parto parecem assumir na experiência de parto e pós-parto e no processo de construção da parentalidade dos futuros pais (Figueiredo et al., 2005).

Um casal em que o companheiro está envolvido ativamente ao longo da gestação e motivado para desenvolver competências cognitivas e relacionais sobre gravidez e parto, terá maiores probabilidades de vivenciar essa experiência de forma positiva. No entanto, relativamente aos pais que ainda estão pouco envolvidos na gestação de suas companheiras, ou estando envolvidos e motivados,

revelam necessidade de conhecimentos sobre o assunto, os profissionais de saúde têm um papel crucial em matéria de educação para a saúde (Domingo, 2007).

De acordo com a mesma autora, embora não seja só importante a preparação para o nascimento de um filho no 3º trimestre de gravidez, é contudo o que se torna mais frequente na nossa realidade e o período de maior receptividade sobretudo para os homens, pelo que devemos aproveitar esse momento de excelência para trabalhar com o casal, no processo de educação para a saúde que normalmente designamos como preparação para o parto. A preparação para o parto deverá ser vista como um processo educativo que começa muito antes da gravidez. Depois de dar continuidade e complementando esse processo tem cabimento um método de preparação para o parto, cuja ação incide num período mais restritivo da vida da mulher e do casal que é a gravidez (Domingo, 2007).

1.2.1 – Objetivos e vantagens da Preparação Para o Parto

A vivência da gravidez está associada a um conjunto de transformações físicas e psicológicas, assim como envolve adaptações a nível familiar, pelo que a mulher grávida deve ter o apoio necessário para que este momento especial seja vivido o mais plenamente possível. O nascimento de um filho traduz-se numa nova etapa da vida do casal. O momento do parto ainda se encontra envolvido por estigmas sociais e o medo da dor está normalmente presente. Desta forma, a preparação para o parto torna-se primordial na preparação para o nascimento, onde o envolvimento do pai assume cada vez mais relevo. Cada vez mais os casais procuram informação e querem preparar-se convenientemente para o parto.

O curso de preparação para o parto assenta numa dimensão física e psicológica, e visa diminuir os medos do casal grávido, dando-lhe confiança para vivenciar a gravidez, o parto e a parentalidade assumindo com a equipa de saúde uma maior segurança, facilitando uma colaboração mais eficaz por parte do casal.

O objetivo destas sessões é preparar casais para o parto/parentalidade de modo a que estes possam chegar ao fim da gestação com conhecimento, compreensão e confiança, diminuindo assim os medos e ansiedades que surgem neste período. Baseado nestes pressupostos é uma preocupação do Ministério da Saúde, que a preparação para o parto seja desenvolvida em todos os Centros de Saúde do país, dadas as vantagens que este método representa para a grávida. Na Circular Normativa número 2 de 2006 da DGS, está bem patente a importância que

o Ministério atribui, considerando esta atividade uma vertente dos cuidados pré-natais.

É um momento propício para desmistificar todas as representações que a grávida faz da gravidez e do parto, baseada em mitos e crenças. Neste sentido, a preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelos menos, minimizar o medo e a ansiedade que a acompanham. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, poder-se-á reduzir grande parte da tensão corporal e psicológica, e dessa forma proporcionar um parto mais fácil e menos doloroso.

São, também, objetivos dos cursos de preparação para o parto, proporcionar ao casal grávido conhecimentos práticos e teóricos na área materno-infantil (gravidez, parto e puerpério), de modo a poderem viver conscientemente este momento especial; desmistificar preconceitos, através do esclarecimento de dúvidas e aquisição de novos conhecimentos; contribuir para uma boa adaptação (física e psicológica), progressiva à gravidez, parto e parentalidade; reduzir a ansiedade e o medo do desconhecido (por ex. apresentando à mulher os ambientes em que irá estar internada e onde irá ser assistida); promover a capacidade de usar estratégias que reduzam a percepção da dor e aumentem a sua tolerância – apoio de pessoa significativa, posições a adotar, eliminação de estímulos nocivos, técnicas de respiração, massagens e relaxamento; reforçar competências para cuidar do recém-nascido; facilitar o nascimento e reduzir os desconfortos; permitir ao casal participar ativamente no parto; promover os primeiros laços afetivos pais/filho.

São vantagens da preparação para o parto: pais mais esclarecidos e informados; papel mais ativo da mulher grávida no nascimento; maior motivação, colaboração e controlo da grávida; menor fadiga durante o trabalho de parto; aumento do limiar da dor; possibilidade de um trabalho de parto de menor duração e com menos complicações; fortalecimento do vínculo pais/filho; melhor resposta do recém-nascido ao nascimento; aumento da autoestima, confiança e segurança dos pais; aumento do sucesso do aleitamento materno; melhor vivência do parto e parentalidade.

A intervenção de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários, ao longo dos tempos tem vindo a mudar, devido a estruturas e remodelações no sistema político e de saúde nacional. Face ao pressuposto, as intervenções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, na atualidade, vão de acordo à proximidade, continuidade, sustentabilidade, eficiência, acessibilidade e equidade dos serviços a prestar aos cidadãos.

De acordo com vários autores, a preparação para o parto tem diversas vantagens tanto para a mulher como para o recém-nascido, havendo menos necessidade de instrumentalização do parto: analgesia, anestesia, fórceps, episiotomia, cesariana; a duração do parto é reduzida (Baglio et al., 2000; Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002; Spinelli et al., 2003; Campero et al., 2004).

Surge a necessidade, pelo contexto e cultura dominante da grávida e da sua família, pela pressão e expectativa² social no desempenho do papel maternal e paternal, que cursos de preparação para o parto se alarguem a cursos de preparação para a parentalidade.

1.3 – O Método em Uso na USF Sete Caminhos

Segundo o PNS (2011/2016) os Cuidados de Saúde Primários têm como função, a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento ou adaptação à doença, dirigindo globalmente a ação para o indivíduo, a família e a comunidade. O Plano Nacional de Saúde tem como intervenção prioritária a melhoria da qualidade dos serviços prestados à grávida, sendo os Cuidados de Saúde Primários os mais vocacionados para atingir esse objetivo, uma vez que, apresentam uma maior acessibilidade e proximidade da população, permitindo assim, motivar mais facilmente a procura dos serviços de enfermagem, levando ao aumento das taxas de cobertura e ganhos em saúde para os utentes.

Os casais procuram o profissional para aconselhamento, vigilância e cuidados. A enfermagem enquanto profissão deverá promover o aumento da qualidade das suas prestações procurando continuamente suprir as necessidades da população. Assim, a base da nossa intervenção assenta essencialmente na educação para a saúde, cuja importância é realçada na gravidez, tendo sempre em conta o bem-estar materno-fetal.

Os pais e seus familiares têm interesses e necessidades de informação diferentes à medida que a gravidez progride. Assim, o enfermeiro deve realizar os

² **Expectativa** – Esperança baseada em supostos direitos, probabilidades ou promessas (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa). O conceito de expectativa encontra-se diretamente ligado aos projetos pessoais e profissionais, enquadrados na preferência do empreendimento individual e adaptação quotidiana, num processo de progressivo confronto com a antecipação de uma atuação futura. Podemos inferir que só existe expectativa se tivermos, como prática, uma atitude reflexiva, Simões (2008).

seus ensinamentos e esclarecimentos tendo em conta as necessidades sentidas e manifestadas por cada casal.

As sessões de preparação para o parto na USF Sete Caminhos iniciam-se às 28 semanas de gestação, com grupos heterogêneos, de forma a proporcionar a partilha de experiências, vivências e sentimentos sobre a gravidez, o parto e a chegada do novo elemento da família.

Estas sessões têm uma componente prática, na qual se utiliza o método psicoprofilático. Na componente teórica abordam-se os seguintes temas: anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores; adaptações físicas e emocionais que ocorrem durante a gestação; crescimento e desenvolvimento do feto; necessidades nutricionais da mãe e do feto; higiene; enxoval; processo do nascimento; sinais e sintomas do trabalho de parto e parto; mecanismos do trabalho de parto e parto; epidural; cuidados com o recém-nascido; cesariana; preparação dos outros filhos; exercícios pós-parto; amamentação; cuidados ao recém-nascido; massagem infantil; prevenção de acidentes na infância; cuidados pós-parto; consulta de revisão de puerpério; planeamento familiar; desenvolvimento infantil e diagnóstico precoce.

2 – TEORIA DOS SABERES

Segundo Charlot (2000, p. 53), “**nascer** é ingressar num mundo no qual estamos submetidos à obrigação de aprender e onde ninguém pode escapar dessa obrigação, onde o sujeito só pode **tornar-se**, apropriando-se do mundo”. De acordo com o autor, “temos muitas maneiras de nos apropriarmos do mundo, pois existe muito para aprender. Aprender pode ser adquirir um saber, mas também pode ser dominar um objeto, ou uma atividade. Adquirir saber permite assegurar um certo domínio sobre o mundo, viver certas experiências, e assim, tornar-se maior, mais seguro de si”. Para o autor o saber é uma relação que a própria existência do ser humano estabelece com o ambiente em seu redor, desenvolvendo assim as competências, através dos saberes que adquire e possui, que permitem ocupar o seu lugar na sociedade como um indivíduo ativo, social e singular.

Para Pires (2008), os saberes detidos pelos adultos são multiformes e de diferente natureza, e não se limitam àqueles que resultam da sua trajetória escolar e/ou profissional, alargando-se também aos saberes constituídos nos diferentes contextos de vida das pessoas. Existe sempre uma relação de recomposição entre as aprendizagens que decorrem da formação formal e as aprendizagens adquiridas pela experiência, numa dinâmica de construção de competências.

Segundo a mesma autora, a construção das competências é sempre contextualizada, em termos pessoais e sociais. É indissociável do sentido atribuído pelo sujeito, da motivação, das expectativas e das finalidades percebidas (Pires, 2008).

Silveira (2011), afirma que a relação teórico-prática, o aprender a pensar, o saber-fazer, o saber-conhecer e o saber-conviver, são vistos como mecanismos fundamentais da competência humana e de habilidades profissionais; formando assim, uma relação que articula teoria e prática, como momentos cruzados, construindo assim, uma prática pedagógica.

Para Perrenoud (1999), partindo do princípio de que os seres humanos se desenvolvem pelas relações que estabelecem com o seu meio, as competências

são vistas, não como um caminho, mas como um efeito adaptativo do homem às suas condições de existência. Desse modo, segundo o autor, cada pessoa desenvolveria de maneira diferente, competências voltadas para a resolução de problemas relativos à superação de uma situação.

Também Dubar (1997), realizou uma classificação acerca da tipologia dos saberes. Nesta classificação, os tipos de saberes dividem-se em saberes teóricos, saberes práticos, saberes profissionais e saberes organizacionais. Le Boterf (1994), distinguindo esta ideia, defende que se podem assinalar seis tipos de saberes.

Malglaive (1995), caminhando na mesma linha de pensamento de Le Boterf, divide os saberes em duas grandes áreas: *saberes teóricos* e *saberes práticos*, constituindo estas duas áreas um conjunto que denomina por *saberes em uso*.

Relativamente à aquisição de competências, Pires (2008) sugere-nos uma outra classificação dos saberes, em que os saberes mobilizados variam com as estratégias de formação.

Segundo Morin (cit. por Silvestre, 2003, p. 32):

“A educação deveria servir para ajudar a tornarmo-nos pessoas melhores, mais felizes, mais solidárias, assumindo a parte prosaica e a viver a parte poética das nossas vidas enquanto seres humanos. A inclusão de uma visão filosófica e religiosa da condição humana e social, contribui assim para o afluir de um conjunto de saberes que, na opinião de Morin (1999), são os saberes necessários ao ensino do século XXI, em todas as sociedades e em todas as culturas, sem qualquer exceção”.

Desta forma, os saberes que as mulheres, detêm, são extremamente importantes, pois estas tornam-se mais confiantes e realizadas aquando do trabalho de parto e nascimento. Consideramos que a aquisição do conjunto destes saberes permitem à grávida o reconhecimento dos sinais e sintomas do verdadeiro trabalho de parto. Consequentemente, o processo de tomada de decisão é facilitado pela aquisição do conjunto de saberes que a mulher/casal considera úteis para a situação em causa. Estes saberes podem ser sustentados à luz da Teoria de Malglaive que vamos passar a expor.

2.1– Os Saberes Teóricos

Segundo Malglaive (1995) os saberes teóricos não mantêm relações operatórias diretas com as práticas, apesar do papel considerável que têm no desenvolvimento dos processos de produção. O único efeito prático de um saber teórico é dar a conhecer, e não permitir fazer; dizer o que é e não o que deve ser. O saber teórico dá a conhecer as leis de existência, de constituição, de funcionamento do real, permite agir com toda a clareza, isto é, permite ajustar de maneira muito precisa as intervenções práticas sobre a realidade, prever os seus efeitos, o seu sucesso ou o seu insucesso. O saber teórico, é, portanto, o fundamento indispensável da eficácia dos saberes que regulam a ação: os saberes processuais. Intervindo assim na prática, o saber teórico orienta a ação e os seus procedimentos, sugerindo vias possíveis para a realização dos seus fins. O saber teórico permite uma verdadeira economia, para não ir mais longe, relativamente aos saberes empíricos ligados apenas à prática, na medida em que permite que a acção se realize no abstrato, o mundo simbólico, antes de o fazer no concreto, o mundo material. Enfim, o saber teórico permite um controlo permanente da ação exercida sobre o real, dando a conhecer as transformações que sofre no decorrer desta ação. Uma teoria não se aplica na prática: ela investe-se aí, tornando-se o objeto de conhecimento, que permite agir mais eficazmente sobre o real. Esta operação de intervenção confere ao saber teórico um estatuto contraditório em relação à prática. É na relação com a prática que o conhecimento teórico é um movimento permanente para o conhecimento científico do real. O saber teórico, de acordo com o mesmo autor, dá a conhecer as leis de existência, de constituição, de funcionamento do real. O saber teórico não se aplica na prática: investe-se nela de forma simbólica a partir das representações dos sujeitos, que o mobilizam para poderem agir. Se, por um lado, o saber teórico se estrutura no domínio do mundo simbólico, independentemente da prática, sendo desta forma que garante a sua objetividade e reflexividade, por outro lado, se não for investido na ação, corre o risco de se tornar inútil, na medida em que pode ser objeto de um processo de estagnação. A relação da teoria com a prática garante à primeira uma evolução e dinamismo constantes e fornece à segunda o fundamento para agir eficazmente. Como afirma o autor (p. 72) “a prática (...) é consumidora de teoria”. Os saberes teóricos desempenham, assim, um triplo papel face à prática: em primeiro lugar, facultam os conteúdos fundamentais relativos às várias vias possíveis de

orientação da ação; em segundo lugar, permitem uma economia de recursos e de operações a vários níveis, pois fornecem informação acerca dos procedimentos de forma simbólica, prévia à sua concretização no mundo material; finalmente, proporcionam um controlo permanente da prática, pois dão a conhecer as leis, os procedimentos e as vias possíveis das suas transformações ao longo da ação concreta. Assim, os saberes teóricos exprimem-se, devido à sua natureza, de modo conceptual.

2.2 – Os Saberes Práticos

Malglaive (1995, p.75), refere que “toda a actividade humana é regida pela eficácia e que a acção não leva necessariamente ao sucesso: pode também conduzir ao insucesso”. Diz que “(...) o saber prático é directamente resultante da acção, dos seus insucessos, dos seus constrangimentos e das probabilidades (...) É menos estruturado e codificado do que o saber teórico”. “(...) Os saberes processuais são frequentemente saberes lacunares sobre as práticas, e uma parte do que é necessário saber para agir, constrói-se na própria acção e constitui os saberes práticos, necessários como os outros para a realização e eficácia da acção”, Malglaive (1995, p. 78). O conhecimento da ação prática, faz intervir o próprio sujeito que age, não somente as competências que deve dispor, mas também as interações com o objeto sobre o qual age e os parceiros que aí participam. De acordo com o mesmo autor, os saberes práticos desenvolvem-se nomeadamente em ambientes de ação coletiva e em situações de “co-ação”, uma vez que “agir é também inserir-se no funcionamento social e os procedimentos da ação obedecem a regras e condições que não incidem somente sobre a transformação do real mas também sobre as relações com outrem”. Assim, “o saber da acção aparece, portanto, como o saber de uma situação complexa em que intervém não só o conhecimento do real sobre o qual opera a acção como também o do sistema sociotécnico em que se realiza” Malglaive (1995, p. 79), isto é, não deriva apenas das competências disponíveis, mas também das interações com o objeto, os meios, a organização e os parceiros de trabalho.

Desta forma Charlot (2000, p. 62), refere que “não é o próprio saber que é prático, mas sim o uso que é feito dele, numa relação prática com o mundo”. Refere ainda que “a prática é uma forma de saber, havendo saber nas práticas”. Uma

prática deve ser aprendida para ser dominada. Esta prática mobiliza informações, conhecimentos e saberes, podendo dizer-se que há “saber” nas práticas. Tudo isto implica uma forma de atividade, uma relação com a linguagem e uma relação com o tempo. O saber é construído numa história coletiva, que é a da mente humana e das atividades do homem, e está submetido a processos coletivos de validação, capitalização e transmissão. Sendo assim, é o produto de relações epistemológicas entre os homens. Um saber só continua válido, enquanto a comunidade científica o reconhecer como tal. Este saber de construção coletiva é apropriado pelo sujeito. O processo de construção do saber pode situar-se atrás do produto. Aprender pode ser também “saber quem se é”. Uma relação com o saber é algo que se constrói, é uma relação consigo próprio e uma relação com o outro. Desta forma, os saberes que as mulheres detêm, fazem com que concretizem o seu papel, tanto no trabalho de parto e parto, como no papel parental.

2.3 – Os Saberes-Fazer

De acordo com Malglaive (1995), o saber-fazer refere-se, por definição à prática. O saber-fazer designa uma competência global, um “ofício” ou uma destreza num domínio mais ou menos amplo da prática humana. Os saberes-fazer permitem a realização dos saberes processuais, isto é, a utilização de qualquer tipo de procedimento que implique processos compatíveis com a sua dinâmica, quer dizer, com a sua cinética e os valores dos parâmetros que revelam da psicologia e da anatomia humana. Os saberes processuais estão em inter-relação com os saberes teóricos. O reportório do saber-fazer de um ser humano é, pois, constituído não somente por atos disponíveis, uma vez que foram experimentados e bem sucedidos em determinadas situações, mas ainda por atos potenciais que lhe permitem fazer face a novas situações. Desenvolver um procedimento é, muitas vezes ajustar localmente as prescrições do saber processual às características concretas dos objetos cujo conhecimento releva do saber prático. É este que provoca uma reorganização dos saber-fazer, tendo em vista a sua eficácia. Em retorno, as recomposições dos atos que esta eficácia exige conduzem à referenciação de novas propriedades que vêm enriquecer o saber prático. O saber-fazer é relativo à prática, independentemente do tipo de interrelações que se estabelecem, por seu intermédio, entre os diversos tipos de saberes. O autor refere

o facto de o saber-fazer ser equiparado, em determinadas abordagens, ao domínio de uma determinada esfera de competências, de especialização e, noutras, às “skills”, ou seja, à realização do trabalho com o recurso a habilidades e truques profissionais.

Na perspetiva do mesmo autor, o saber-fazer contempla dois tipos de ações: atos disponíveis que podem ser aplicados, na medida em que foi testada a sua eficácia; atos potenciais que permitem ao indivíduos fazer face a situações novas. Trata-se de um tipo de saber aplicado na ação de transformação do objeto e na concretização do seu estado final em cada situação concreta, remetendo para a “cinética do ato”. Permite, ainda, a mobilização dos saberes procedimentais, ou seja, a aplicação de procedimentos. A concretização do ajustamento dos procedimentos aos objetos pressupõe a mobilização do saber prático. A dinâmica que caracteriza a ação humana tem subjacente a mobilização de diferentes tipos de saberes. Ainda que estejam intimamente relacionados entre si, cada um deles desempenha uma função diferenciada.

2.4 – O Saber em Uso

Segundo Malglaive (1995, p. 87) “o conjunto destes saberes forma uma totalidade, complexa e móvel, mas estruturada, operatória, quer dizer ajustada à acção e às suas diferentes ocorrências... Acabamos de enumerar as múltiplas facetas do saber: o saber em uso combina-as todas (...)”. Assim, na e pela ação, os saberes teóricos/saberes processuais e saberes práticos/saberes-fazer substituem-se uns aos outros, interpenetram-se, combinam-se, misturando-se. Nalguns casos, os primeiros constituem os fundamentos a partir dos quais se constituem os segundos; noutros casos, os saberes práticos e os saber-fazer servem de pontos de ancoragem em volta dos quais se organizam saberes teóricos e processuais. O saber em uso não se implica apenas na ação que o consome. É também o motor da transformação dinâmica da sua estrutura. Os mecanismos da transformação são constituídos pelos instrumentos de formalização e mais profundamente pelas operações do pensamento. Assim, a estrutura dinâmica do saber em uso encontra-se ela própria envolvida num processo, duplamente alimentado pelas duas vias de aprendizagem. O saber em uso define-se pela mobilização articulada dos quatro tipos de saberes, formando uma totalidade que se adapta à ação em função das

necessidades. A dinâmica constitutiva do saber em uso, pode implicar uma atividade externa à atividade de trabalho, que radica na aquisição e formalização dos saberes, em particular os teóricos e os procedimentais. Tornam-se, deste modo, importantes, as práticas de formação de carácter formal, por intermédio das quais os sujeitos adquirem, ao nível simbólico, instrumentos de formalização dos saberes, como é o caso da linguagem e das imagens que refletem as características dos objetos. Os instrumentos de formalização correspondem a regras de funcionamento e de transformação do objeto e orientam a ação sobre o mesmo. Por seu turno, a formalização proporciona a respetiva enunciação verbal. Se existem, na realidade, saberes que têm de ser adquiridos fora da atividade de trabalho, também não é menos verdade que a compreensão desta última pressupõe a aplicação dos saberes na ação sem que estes percam as suas propriedades abstrato-formais. Cruzam-se, assim, o saber teórico e procedimental com os saberes prático e saber-fazer. Estes dois últimos exprimem-se, privilegiadamente, através do modo operativo, ainda que não excluindo o recurso à linguagem verbal, o que, por sua vez, pressupõe a aquisição das noções e do vocabulário necessários.

A dinâmica de mobilização dos saberes é constituída por dois processos que se integram na aplicação dos saberes teórico e procedimental na ação e a formalização dos saberes prático e saber-fazer. Estes dois processos têm subjacente o agrupamento dos tipos de saberes em dois pares que se inter-relacionam. O primeiro é o par saberes teóricos e procedimentais, em que “a qualidade dos primeiros permite assegurar os sucessos dos segundos e os insucessos destes últimos conduzem à reconsideração daqueles”. O segundo par é constituído pelos saberes práticos e o saber-fazer. Investe o par saber teórico/procedimental na ação por via da dinâmica do saber em uso.

A mobilização dos saberes – saber em uso – pressupõe, deste modo, este duplo processo de investimento e de formalização face à ação. O investimento dos saberes na prática realiza-se de forma interativa e coletiva, implicando uma co-ação em que estão envolvidos vários sujeitos. Tal como o autor afirma que o que é conhecido e concebido do mundo material deixa de ser o produto exclusivo do encontro de cada um, com esse mundo, para ser também o resultado do que conhecem e concebem os outros. A mobilização dos saberes não depende, deste modo, apenas da sua detenção e das especificidades do seu conteúdo, mas, igualmente, das condições sociais da sua mobilização. A estrutura dinâmica do saber em uso abarca, segundo Malglaive, dois circuitos de aprendizagem. Um circuito curto, em que o saber em uso, mobilizando a inteligência prática, se investe

na ação. Pressupõe que os saberes teóricos e procedimentais, produzidos e formalizados de forma simbólica fora da ação, sejam nela investidos, contribuindo para a produção do saber em uso. A ação pode ser cognitiva ou prática, apontando esta última, apenas, a eficácia imediata (Malglave, 1995). O segundo circuito, longo, desenvolve-se quando o saber em uso revela-se insuficiente perante as características e exigências de uma determinada atividade, tornando-se necessário aprender e acionar outro tipo de formalizações e racionalizações. Estamos em presença de uma lógica de reflexão que é regida pela inteligência formalizadora. Neste caso, a atividade cognitiva pode ter de se desenrolar em domínios de formação exteriores à atividade de trabalho, na medida em que implicam o desenvolvimento de um processo de aquisição e/ ou de enriquecimento de saberes cujo ritmo e duração são, na maior parte dos casos, incompatíveis com os imperativos da produção. Adquire, então, importância a formação externa, na qual são concretizados princípios próprios da pedagogia do abstrato e são aprendidos saberes formalizados e instrumentos de formalização. Os dois circuitos de aprendizagem – curto longo – não são autónomos, na medida em que é fundamental a reflexão e a formalização dos saberes e o seu investimento na ação. Considera-se, assim, que a análise dos saberes, como resultado dos percursos de aprendizagem, deve atender às relações entre a formação formal a atividade de trabalho desempenhada e a aprendizagem informal (podendo contemplar circuitos curtos, longos, ou mistos e nos quais coexistem mecanismos de formalização e de aplicação dos saberes).

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3 – A METODOLOGIA

Fortin (2009, p. 4), refere que:

“ (...) a investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. As definições fornecidas em numerosas obras que tratam do assunto diferem muitas vezes entre si, mas estão de acordo quanto a definirem a investigação como uma estratégia ou um processo racional visando a aquisição de conhecimentos”.

É entendida como um procedimento racional e sistemático, tendo como objetivo proporcionar respostas a problemas. Realiza-se mediante recurso a conhecimentos e utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos, desenvolvendo-se ao longo de um processo que engloba várias fases, desde a adequada identificação de um problema até à apresentação de resultados.

Segundo a OMS (2005, p. 7):

“O benefício último da investigação reside não só na geração de novo conhecimento, como também na tradução do conhecimento em estratégias, tecnologias e intervenções que são efectiva e adequadamente administradas para beneficiar as pessoas, em particular, as mais pobres e outros grupos mais vulneráveis.”

A investigação em enfermagem encontra o seu fundamento na investigação científica. O objeto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e desenvolvimento de saberes próprios da disciplina.

A fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação. No decurso desta fase, a atenção do investigador, é dirigida, principalmente, para o desenho de investigação, a escolha da população e de colheita de dados (Fortin, 2009).

A escolha do método depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, e, sobretudo, da natureza da questão de investigação colocada de modo a configurar o objeto de estudo.

Pela questão que levanta, a investigação qualitativa introduz uma nova dimensão, que consiste em procurar compreender a significação das descrições que as pessoas fazem da sua experiência. Enquanto a investigação quantitativa examina conceitos precisos e as suas relações mútuas, com vista a uma eventual verificação da teoria e da generalização dos resultados.

A investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compreensão alargada, com vista à elaboração de teorias. De acordo com Bogdan e Biklen (1994), os investigadores qualitativos, ao recolher dados descritivos, abordam o mundo de forma minuciosa. Os dados recolhidos são ricos em pormenores descritivos que se relacionam com pessoas e dizem respeito a locais e conversas, tornando-se complexo o seu tratamento estatístico. O objetivo da investigação qualitativa, não é responder a questões prévias ou a testar hipóteses, mas sim, compreender comportamentos a partir das perspetivas dos sujeitos, nos seus contextos ecológicos naturais, sendo assim designada por naturalista. Desta forma a investigação qualitativa tem por objetivo compreender fenómenos sociais para os quais se dispõe de poucos dados. Os métodos de investigação qualitativa aplicam-se a crenças e baseiam-se numa conceção holística da realidade e a escolha do desenho depende do fenómeno que é estudado (Fortin, 2009).

3.1 – Questões de Investigação

A investigação parte sempre de uma questão, o enunciado do estudo indica a direção a empreender e as questões de investigação delimitam o seu âmbito, Fortin (2009).

Nesta perspetiva, com este estudo pretende-se perceber se as mulheres que assistiram às sessões de preparação para o parto, conseguiram mobilizar os conhecimentos que adquiriram no período pré-natal. Neste sentido, formularam-se as seguintes questões:

- Quais as vivências/expectativas das mulheres no processo de trabalho de parto e nascimento?
- De que forma as expectativas das mulheres foram correspondidas face às ações educativas que tiveram?
- Como é que as ações educativas potenciam a competência materna no trabalho de parto e nascimento?

3.2 – Finalidade e Objetivos do Estudo

De acordo com Fortin (2009), o objetivo deve explicitar a população alvo e decorre diretamente do problema, enunciando por um verbo de ação, a orientação da investigação proposta.

Este estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento da eficácia das ações educativas implementadas no período pré-natal. Neste sentido, refletindo sobre o modelo atual de Preparação para o Parto, questionamos se este proporciona e promove o aumento da satisfação e competências maternas, durante o processo de nascimento e no período pós-parto.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivos:

- Compreender as vivências/expectativas das mulheres no processo de nascimento;
- Identificar o contributo da preparação para o parto na satisfação com o trabalho de parto e nascimento.

3.3 – Tipo de Estudo

Estando este estudo de investigação orientado para as características de uma situação que envolve comportamentos e/ou interações de pessoas, sabendo como é importante o conhecimento pormenorizado da complexa situação, optou-se por uma metodologia qualitativa, tipo exploratório, que se considera estar de acordo, com a problemática escolhida. Segundo Landim e col. (2006) as pesquisas que utilizam o método qualitativo trabalham com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Não têm qualquer utilidade na mensuração de fenómenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem pretende entender o contexto onde algum fenómeno ocorre.

De acordo com Brink (cit. por Fortin, 2009, p. 73) “o estudo qualitativo tem como objetivo principal descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo, isto é, explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou à atribuição de uma significância a esta mesma experiência”.

De acordo com a mesma autora (2009, p. 304),

“Em investigação qualitativa, deve-se ser igualmente rigoroso no seu processo, porque importa que os resultados sejam fiáveis. Um certo número de autores em investigação qualitativa, particularmente Lincoln e Guba (1985) substituem os conceitos de fidelidade e de validade pelos de credibilidade, fiabilidade, transferibilidade e confirmação. Estes conceitos servem para apreciar o valor dos resultados”.

Bogdan e Bicklen (1994, p. 49-50) referem também, que:

“Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos (...) e tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. Não recolhem dados ou provas com o objectivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstracções são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando (...)” estes autores referem ainda que “ (...) o significado é de importância vital na abordagem qualitativa”.

Ainda, de acordo com Haguette (1995), as metodologias qualitativas fornecem uma compreensão profunda de certos fenómenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspeto subjetivo da ação social, face à incapacidade da estatística de dar conta dos fenómenos complexos e dos

fenómenos únicos. O desenho descritivo visa fornecer uma descrição e uma classificação detalhada de um determinado fenómeno, onde o investigador estuda uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população.

3.4 – Contexto e Participantes

Este estudo foi realizado numa USF do ACES de Gondomar, a uma população de puérperas, que durante a gravidez frequentaram as sessões de Preparação para o Parto. Os partos realizaram-se entre 1 de janeiro a 30 de abril de 2011.

A amostra é composta por 10 puérperas que frequentaram as sessões de preparação para o parto na USF Sete Caminhos. O método utilizado foi o método de amostragem não probabilística, por seleção racional. De acordo com Fortin (2009), os métodos de amostragem não probabilísticos mais correntes são: a amostragem accidental, a amostragem por quotas, a amostragem por escolha racional e a amostra por redes. A amostragem por seleção racional é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico, também denominada de amostra “intencional”. O método de amostragem por escolha racional é também usado em certos estudos qualitativos pela seleção de participantes que possuem as características procuradas, como foi o caso desta investigação.

É impossível a pré-determinação do número de participantes para um estudo como este. A colheita de dados continua até o investigador acreditar que a saturação foi alcançada, isto é, quando não emergem novos temas e os dados se repetem, (o que implica que o processo de análise decorra em simultâneo com a colheita de dados). Quanto à escolha do número de entrevistados, Minayo (2001), afirma que o critério de representatividade da amostragem na pesquisa qualitativa não é numérico como na pesquisa quantitativa. A quantidade de pessoas entrevistadas deve, no entanto, permitir que haja a reincidência de informações ou saturação dos dados, situação ocorrida quando nenhuma informação nova é acrescentada com a continuidade do processo de pesquisa. A continuação da pesquisa torna-se, portanto, pouco produtiva ou até mesmo inútil dependendo do período de insistência na continuidade.

Os critérios de inclusão para este estudo foram:

- Puérperas inscritas na USF Sete Caminhos, que assistiram a, pelo menos, 6 sessões da Preparação para o Parto, durante a gravidez;
- Que tenham tido um recém-nascido de termo, independentemente do tipo de parto;
- Que falem e compreendam o português;
- Que tenham idade igual ou superior a 18 anos;
- Que aceitem fazer parte do estudo.

3.5 – Procedimento Para a Recolha de Dados

A escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis e constitui um dos aspetos importantes do processo de investigação (Fortin, 2009).

Neste estudo foi privilegiada a entrevista semi-estruturada, visto ser uma estratégia de recolha de dados adequada à metodologia escolhida, uma vez que permite, através de questões relativamente abertas, conduzir uma conversa sem se desviar da questão central (Boni e Quaresma, 2005). Segundo Lakatos e Marconi (2004, p. 92), “(...) a entrevista como técnica de colheita de dados num trabalho de investigação qualitativo, visa obter respostas válidas e informações pertinentes, sendo uma obra de arte, que se aprimora com o tempo, com treino e com experiência.” É o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas, e é sobretudo utilizada nos estudos exploratórios. A entrevista semi-estruturada ou semidirigida é principalmente utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender o significado de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes (Fortin, 2009). Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 135) “(...) as entrevistas qualitativas variam quanto ao grau de estruturação, e de acordo com as autoras, as entrevistas centram-se em determinados assuntos ou podem ser guiadas por questões gerais (...)”. Referem ainda que “(...) as entrevistas qualitativas oferecem ao entrevistador uma grande variedade de assuntos, que permitem ao investigador levantar uma série de questões e oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo”.

De acordo com Boni e Quaresma (2005), na entrevista semi-estruturada, o investigador tem a possibilidade de conjecturar sobre o tema proposto. Deve seguir

um conjunto de questões previamente definidas, fazendo-o num contexto semelhante ao de uma conversa informal. Deve ficar atento para dirigir no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram bem claras, ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema, ou tenha dificuldade em entender. Este tipo de entrevista é muito utilizado, quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

As técnicas de entrevista aberta e semi-estruturada também têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas, são geradoras de uma abertura e proximidade maior entre o entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados. Deste modo, estes tipos de entrevista colaboram muito na investigação nos aspectos afetivos e pessoais dos entrevistados. As respostas espontâneas e a maior liberdade que estes têm, podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador, que poderão ser de grande utilidade na sua pesquisa (Boni e Quaresma, 2005). Segundo a mesma autora, a qualidade da entrevista depende muito da sua preparação prévia. Refere, ainda que a entrevista deve proporcionar ao entrevistado bem-estar, para poder falar sem constrangimentos da sua vida e dos seus problemas, proporcionando discursos extraordinários.

De acordo com Bell (2010), a grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade, um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos. A forma como uma resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação) pode transmitir informações que uma resposta escrita nunca revelaria. A mesma autora refere que as entrevistas consomem imenso tempo, e que fazer entrevistas não é fácil, sendo para muitos investigadores difícil encontrar um equilíbrio entre a objetividade total e a tentativa de porem o entrevistado à vontade.

Outro autor (Lakatos e Marconi, 2004), refere que a preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa, que requer tempo e exige alguns cuidados, entre eles destacam-se: o planeamento da entrevista, que deve ter em conta o objetivo a alcançar; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema investigado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em dar a entrevista, que deverá ser marcada com antecedência, para que o investigador se assegure de que

será recebido; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado a confidencialidade da sua identidade e por fim a preparação específica, que consiste em organizar o guião com as questões importantes.

A conceção do guião da entrevista deve obedecer a cuidados que passam, essencialmente, quer pela formulação das perguntas quer pela estruturação das mesmas. Quanto à formulação das perguntas, de entre os cuidados mais importantes, salienta-se que devem ser claras, tão curtas quanto possível, não tendenciosas, não ambíguas, com um ou poucos tópicos de análise. No que se refere à estruturação da entrevista deve-se começar por aspetos de carácter geral e deve haver espaço para o desdobramento de várias áreas de análise que estejam logicamente integradas (Santo, 2010).

Para este estudo elaborou-se um guião de entrevista que, segundo o autor atrás referenciado, proporciona da mesma forma oportunidade ao entrevistador de orientar o conteúdo, pelo que foi, então, aplicada a entrevista semi-estruturada, gravada em áudio e posteriormente transcrita para papel na sua íntegra. Desta forma, elaborou-se um guião de entrevista previamente pensado e estruturado [ANEXO I].

Considera-se que, ao realizar estas entrevistas, se deu a possibilidade às mulheres de exporem as suas expectativas/vivências em relação ao trabalho de parto e nascimento, o que nos permitiu perceber como cada uma colocou em prática os conhecimentos adquiridos no período pré-natal.

Previamente, foi pedida colaboração para a participação das mulheres no estudo, tendo estas, assinado uma folha de consentimento informado [ANEXO III]. Foi-lhes garantida a confidencialidade e esclarecido que só a investigadora teria acesso à gravação e transcrição integral das entrevistas.

Neste estudo, seis das entrevistas foram efetuadas na Unidade de Saúde Familiar e as restantes quatro no domicílio das utentes, aquando da visita domiciliária do puerpério.

3.6 – Procedimento de Análise de Dados

Nos estudos qualitativos a análise de dados é feita aquando da colheita de informação, fazendo-se em simultâneo colheita e análise (Fortin, 2009).

Segundo Bardin (2009, p. 33-40):

“(...) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. (...) A análise de conteúdo aparece então, como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. Mas isto não é suficiente para definir a especificidade da análise de conteúdo. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta, que recorre a indicadores”.

A análise de conteúdo tem sido aplicada em muitos campos das Ciências Humanas, sendo hoje rara a investigação que, de modo exclusivo ou combinado com outras técnicas, como meio para a construção de outros instrumentos, ou como metodologia central, não faça dela algum uso. Trata-se de uma técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o “conteúdo” manifesto dos mais diversos tipos de comunicação (Amado, 2000).

Na análise categorial, procedimento mais frequente e antigo, para além da codificação, da categorização e da inferência, a análise de conteúdo faz recurso de instrumentos conceptuais como as hipóteses, as categorias, os indicadores e as unidades de análise (Santo, 2010).

De acordo com Ghiglione e Matalon (cit. por Amado, 2000 p. 57 e 58):

“(...) a formulação das categorias obedece a seis regras fundamentais que o investigador deve ter em conta nas diferentes fases da codificação e nas múltiplas revisões dos resultados a que vai chegando:

- **Exaustividade** – cada categoria deve abranger por completo o conjunto das unidades de sentido que se coloca sobre o seu tecto. Esta regra exige a escolha de uma palavra-chave adequada e a reformulação da definição de cada categoria. Igualmente exaustivo deve ser o Sistema das Categorias, resultante no final – isto é, deve abranger todos os itens relevantes para o estudo presente no corpo documental.
- **Exclusividade** – uma unidade de registo não deve pertencer a mais do que uma categoria, sendo de boa prática, explicitar os indicadores das unidades a incluir em cada categoria a fim de tornar certos os resultados discutíveis.
- **Homogeneidade** – um sistema de categorias deve referir-se a um único tipo de análise, não devendo, portanto, misturar-se diversos critérios de classificação.
- **Pertinência** – um sistema de categorias deve ser adaptada ao material em análise e aos objectivos da investigação.

- **Objectividade** – deve evitar-se a subjectividade na sua formulação tornando-a utilizável, de igual modo por vários investigadores – o que implica uma definição sistemática dos critérios utilizados nas diversas decisões a tomar na fase da codificação.
- **Produtividade** – deve oferecer a possibilidade de uma análise fértil, criadora de um discurso novo, mas adequado e coerente com os dados.”

Neste estudo, para analisar os dados, foi feita a análise de conteúdo das entrevistas, segundo Bardin (2009, p. 121-128) que refere:

“(...) as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Geralmente, esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objectivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (...) Na exploração do material, se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. (...) No tratamento dos resultados, na inferência e na interpretação, para um maior rigor, os resultados são submetidos a provas estatísticas, assim como a testes de validação”.

Assim, numa primeira análise efetuamos uma leitura flutuante das respostas recolhidas, seguidamente procedemos a um agrupamento de onde emergiram as categorias: trabalho de parto, estratégias de alívio da dor, expectativas sobre TP, vivências e papel parental.

Salientamos que no decorrer do processo de categorização procuramos respeitar os princípios definidos por Bardin, sendo eles: a homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade, pertinência e adequação.

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se a uma leitura exaustiva das mesmas, das quais emergiram duas grandes dimensões: preparação para o parto e preparação para a parentalidade. De modo a concluir este processo, foi necessária a repetição da audição integral das entrevistas, seguida de uma nova leitura do texto transcrito correspondente, uma vez que as entrevistas apresentavam um diálogo informal, que por si só não transmitiam toda a informação a partir do formato de texto escrito, sendo necessário complementá-lo com uma análise

pormenorizada, não só das respostas dadas pelas mulheres, mas também pelo seu tom de voz, pausas no diálogo, expressões e reações audíveis.

Os dados das entrevistas foram organizados em dimensões, categorias e sub-categorias. Esta fase foi a mais demorada, dado que foi necessária a realização de um processo sistemático de análise das entrevistas e consecutiva classificação, de modo a traduzirem o objeto de estudo e responderem aos objetivos delineados. De modo a facilitar a sua identificação, cada um dos excertos transcritos apresenta uma codificação, contendo um código começado por «E» (Entrevista), e seguido do número atribuído à participante correspondente (de 1 a 10), sendo que à que foi atribuída o número 1 terá os excertos transcritos da sua entrevista assinalados como «E1».

3.7 – Considerações Éticas

Em ética, é primordial ter em conta a responsabilidade do investigador, a respeito dos direitos das pessoas (Ribeiro, 2002).

De acordo com vários autores, os participantes da investigação entram no estudo após terem assinado o consentimento informado que descreve a investigação, incluindo o assunto da entrevista e a antecipação dos riscos e benefícios. O processo de consentimento permite ao investigador/participante avaliar o consentimento através do processo de investigação, fornecendo maior proteção e liberdade de escolha aos participantes. Os participantes são sempre livres de desistirem da entrevista/estudo em qualquer altura, (Léssard-Hébert et al, 1994; Fortin, 2009).

De acordo com Nunes (2005), é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. No prosseguimento das finalidades da ciência, existe um limite que não deve ser ultrapassado; este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Em conformidade com estas premissas, para a realização deste estudo foi pedido ao Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte e à Comissão de Ética autorização para a sua realização, assim como ao Presidente do Conselho executivo, do ACES de Gondomar e à Coordenadora da USF [ANEXO II]. Foi pedido, também, aos participantes o consentimento informado para a participação

no estudo [ANEXO III]. A todas as participantes foi explicado o intuito do estudo, o tempo médio de duração das entrevistas, as mesmas garantias de confidencialidade e, sobretudo, reforçado o seu pleno direito em não participar, sem que tal ação tenha qualquer tipo de consequência para a continuação do seu seguimento na instituição ou em qualquer outra.

PARTE III – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

4 – ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo é apresentada a análise dos dados recolhidos, tendo sido efetuada uma análise pormenorizada dos mesmos, de forma a interpretar e discutir o objeto de estudo.

Em primeiro lugar foi realizada a caracterização da amostra. Do estudo fizeram parte dez mulheres residentes no concelho de Gondomar e inscritas na USF Sete Caminhos. De seguida é apresentada a caracterização da amostra.

A idade média, foi de 30 anos, conforme se pode verificar no quadro I, sendo o desvio padrão de 2.66.

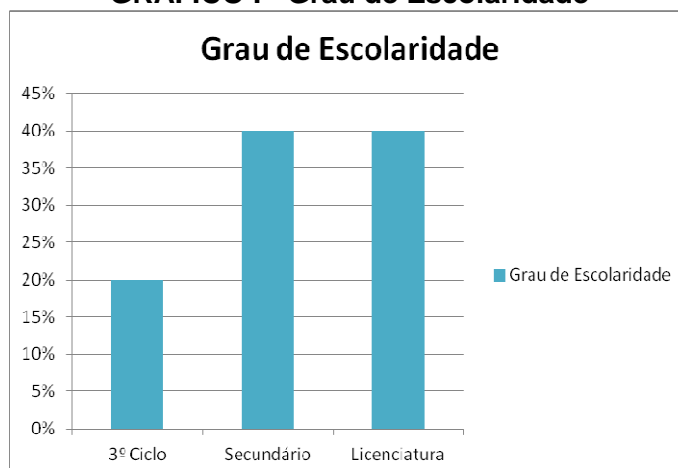
QUADRO I - Idade

IDADE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMA	MÁXIMA
	30	2,66	25	36

Constatou-se que 70% das inquiridas (n=7) são casadas, 20% (n=2) são solteiras e 10% (n=1) vivem em união de facto.

Em relação à escolaridade, 40% (n=4) possuem curso superior, 40% (n=4) completaram o ensino secundário e 20% (n=2) possuem o 3º ciclo conforme se observa no Gráfico 1.

GRÁFICO I - Grau de Escolaridade



Relativamente ao tipo de parto, 40% (n=4) dos partos foram eutócicos e 60% (n=6) foram partos distócicos, dos quais 66% (n=4) foram por cesariana e 33% (n=2) foram partos por ventosa.

No decurso da análise de conteúdo das dez entrevistas, surgiram duas grandes dimensões: “Preparação para o parto” e “Preparação para a parentalidade”; que por sua vez deram origem a cinco categorias e doze subcategorias, como podemos verificar nos quadros abaixo referenciados (Quadro II e Quadro III):

QUADRO II - Dimensão 1 - Preparação para o parto

CATEGORIA	SUB CATEGORIA
Trabalho de parto	Conhecimento
	Empoderamento
Estratégias de alívio da dor	Respiração
	Relaxamento
Expectativas sobre TP	Tipo de parto
	Tempo de trabalho de parto
	Segurança
Vivências	Sobre o trabalho de parto

	Sobre o nascimento
--	--------------------

QUADRO III - Dimensão 2 - Preparação para a parentalidade

CATEGORIA	SUB CATEGORIA
Papel parental	Saber
	Habilidades
	Exercício do papel parental

4.1 – Trabalho de Parto

Na **dimensão 1**, na categoria **trabalho de parto**, emergiram como subcategorias: **saber** e **empoderamento**.

Relativamente à categoria “saber” e de acordo com Dias (2006), o saber é o conjunto de conhecimentos aprendidos ao longo da vida, que podem ser adquiridos no dia a dia, e em âmbito escolar, e que orientam na tomada de decisão. São “(...) conjuntos de conhecimentos gerais ou especializados que a pessoa vai adquirindo ao longo da vida (...)”, Dias (2006, p. 69).

Constatámos que as afirmações das mulheres refletem o saber-teórico, o saber processual, o saber-fazer e o saber em uso, na medida em que as utentes souberam aplicar o que aprenderam, tornando-se protagonistas no processo de nascimento, como podemos observar nos seguintes depoimentos:

“ (...) correu tudo muito bem... em relação às aulas, na parte de puxar como eu não sentia o puxo, aprendi nas aulas a fazer essa parte, ajudou, ajudou bastante (...)” (E2).

*“ (...) como tive rotura de membranas, induziram-me o parto com soro e medicação...quando senti vontade de puxar, a partir daí foram 5 minutos (...) foi muito rápido, eu sabia como tinha de puxar...treinei o **puxo** nas aulas (...)” (E3).*

“ (...) as aulas ajudaram-me bastante (...) na maneira de colocar as pernas arqueadas (...), a segurar nas pernas e a puxar para expulsar (...)” (E3).

“ (...) quando vi que as coisas não evoluíram como previsto, eu própria já achava que o melhor era a cesariana (...) pois os batimentos cardíacos da minha filha baixaram...e eu sabia que devia estar com valores superiores a 120 pulsações por minuto (...)” (E6).

“ (...) sabia como devia estar, e avisar quando viesse a contracção (...)” (E5).

Podemos inferir que o saber teórico permite um controlo permanente da ação exercida sobre o real, dando a conhecer as transformações que ocorrem ao longo desta ação. Por sua vez os saberes processuais estão em inter-relação com os saberes teóricos. O reportório do saber-fazer de um ser humano é, pois, constituído não somente por atos disponíveis, uma vez que foram experimentados e bem sucedidos em determinadas situações, mas ainda por atos potenciais que lhe permitem fazer face a novas situações (Malglaive, 1995), como é o caso destas mulheres, que interagiam sem dificuldade.

Neste sentido, compreendemos que, para que a grávida seja capaz de adquirir saberes eficazes, no sentido de controlar o TP deve reger-se pelos “saberes em uso”, uma vez que estes agregam os diferentes tipos de saberes. O saber em uso combina todas as vertentes dos saberes discutidas. Articula os vários tipos de saber numa totalidade e complexidade, possibilitando o ajuste dos procedimentos às diferentes situações (Malglaive, 1995).

Ainda na **dimensão 1**, na categoria **trabalho de parto**, temos a subcategoria **empoderamento**.

De acordo com a OMS (2001) **empoderamento** é um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas. Segundo esta organização, empoderar pessoas pode ajudá-las a compreender as suas próprias situações e aumentar o controlo sobre os fatores que afetam as suas vidas. Leal (2006) refere que o empoderamento é um conceito que emerge da carta de Ottawa (1986) no Canadá, onde se realizou a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nesta conferência, deu-se ênfase à promoção da saúde como marco para aumentar o controlo sobre as determinantes da saúde, surgindo uma alternativa de mudança ao modelo médico tradicional, capacitando as pessoas para a autonomia, capacidade de decisão e iniciativa (Pereira e col, 2011).

O **empoderamento** consiste num processo em que o utente adquire um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos, como pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efetiva no seu projeto de saúde. Este processo pode assim ser utilizado intencionalmente pelo enfermeiro como uma ferramenta promotora da relação terapêutica (Pereira, 2010).

Assim, o empoderamento é um processo pelo qual a grávida adquire um maior poder e controlo sobre o seu TP de forma a permitir-lhe uma participação ativa na tomada de decisão, o que podemos constatar nos depoimentos abaixo citados:

“(...) noutra altura tinha saído logo de casa quando me começaram as contracções...esperei em casa, pois estava muito mais confortável (...)” (E8).

“(...) sabia os tempos que precisava para chegar à maternidade (...) sabia esperar pelas contracções mais regulares (...)” (E5).

“(...) quando começaram as contracções...ainda estive a arrumar antes, acho que até ajudou mais um bocadinho. Ainda estive a apanhar roupa, depois tomei um banhinho e fomos para a maternidade (...)” (E2).

“(...) o meu marido perguntava como estavam as contracções, se era de 20 em 20 minutos ou de 10 em 10 minutos(...), eu estava tranquila, pois sabia o que havia de fazer (...)” (E2).

As unidades de registo destas mulheres, reflete o **empoderamento**, pois estando preparadas, estão mais tranquilas e agem de forma racional e ponderada, com conhecimento da situação. Como refere Leal (2006) cit. por Pereira e col. (2011, s.p.):

“o papel do utente é o de um parceiro bem informado e activo que acredita nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz, ou seja, passa a ser um solucionador activo dos seus problemas. O papel do enfermeiro é o de ajudá-lo a tomar decisões informadas para alcançar os seus objectivos e ultrapassar barreiras”.

O **empoderamento** pode ser considerado um processo, que para o utente é promotor de maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado por um ganho de conhecimentos e cumulativamente pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efectiva no seu projeto de

saúde. Nesta perspetiva Pereira e col. (2011), indicam que é fundamental que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos que lhe permitam implementar dinâmicas de intervenção promotoras da saúde e da autonomia dos utentes, para a construção do seu projeto de saúde. Ao nível dos cuidados de Enfermagem, o **empoderamento** conduz a utente à partilha de poder, à sua autodeterminação e ao assumir a responsabilidade pelas suas tomadas de decisão, tornando-a capaz de controlar o processo de maternidade, à medida que possui um maior conhecimento.

4.2 – Estratégias de Alívio da Dor

Na **dimensão 1**, na categoria **Estratégias de alívio da dor**, temos como subcategorias: a **Respiração** e o **Relaxamento**.

De acordo, e em conformidade com vários autores, não se separam estas duas categorias, pois estão implícitas uma na outra. Sabatino e col. (2000), cit. por Bavaresco (2011), referem que a respiração tem importância fundamental durante o trabalho de parto e parto, porque promove o relaxamento através da concentração da mulher. No estudo que apresentou, verificou que o risco de traumatismo perineal, durante o período expulsivo, diminuiu, melhorando ao mesmo tempo a oxigenação sanguínea da mãe e do feto. Também Morgado e col. (2010, p. 25) referem que "as grávidas do grupo com preparação, (...) consideram a respiração e o relaxamento, técnicas úteis, as quais treinam, sentindo-se mais confiantes em termos de conhecimento de procedimentos relativos ao trabalho de parto e parto." Como podemos constatar destes depoimentos:

"(...) vieram-me muito à ideia por causa da respiração, se não fosse isso, desmaiava (...) o respirar fundo (...) ajudou-me muito (...)" (E3).

"(...) continuei com a respiração para o bebé ficar com bom batimento cardíaco (...) aprendemos isso nas aulas (...)" (E5).

"(...) Ajudaram (as aulas) na respiração, sobretudo, e na fase de expulsão (...)" (E8).

"(...) e aí sim, utilizei a respiração, quando a enfermeira me veio fazer o toque...foi das situações mais desagradáveis (...)" (E6).

“(...) controlava muito melhor a dor de trabalho de parto com a respiração, quando comecei a ter as contracções (...)” (E7).

“(...) inspirar, soprar, (...) realmente houve uma altura que me ajudou a controlar a dor das contracções (...)” (E7).

“...respirava sempre fundo, e sempre relaxada...” (E4).

“...estava tranquila...” (E6).

“...as aulas esclareceram-me muito do que iria acontecer... e isso ajudou-me a manter mais a calma, e ao meu marido...” (E8).

“...eu estava bem-disposta e tranquila...” (E2).

Segundo Couto (2003, p. 141), a preparação para o parto, funciona como uma “preparação psicológica através da respiração controlada para reagir melhor no parto (...) e uma preparação física e psicológica para obter mais coragem e calma (...)”. Outra autora, Davim (2007), refere que num estudo de intervenção, os investigadores identificaram que ao ministrarem técnicas de relaxamento muscular progressivo, em mulheres em trabalho de parto, essa técnica causou perceção no alívio da dor manifestada pelas parturientes. A mesma autora, refere que noutro estudo onde foram utilizadas técnicas de respiração e relaxamento muscular, as mulheres referem que não reduziu a intensidade da dor, mas promoveram a manutenção de baixo nível de ansiedade por um período de tempo mais longo, assim como aumento da tolerância à dor e encorajamento para vivenciarem o processo de nascimento com mais satisfação.

Destas unidades de registo, depreende-se que estas mulheres utilizaram o conhecimento sobre como pôr em prática o que aprenderam nas sessões de preparação para o parto – o uso da respiração e relaxamento – como estratégia para ultrapassar alguns desconfortos. Daí que Malglaive (1995, p.71) afirme que “o saber teórico permite um controlo permanente da ação exercida sobre o real ...” e que:

“(...) uma teoria não se aplica na prática: ela investe-se aí tornando-se o objecto que permite agir mais eficazmente sobre o real, actuando sobre a representação pensada (...) para a acção a experiência constitui a soma dos conhecimentos que permitem descobrir os meios de intervenção sobre o real, próprios para assegurar o sucesso.”

Ainda segundo Malglaive, “Toda a prática é uma inteligência das coisas; uma vez que se sistematiza, se reflecte, se organiza e se gere, ela ganha lugar numa perspectiva teórica.”

Charlot (2000) refere que o saber é uma construção histórica e coletiva, do qual o sujeito se apropria, desde que esse sujeito esteja numa relação com o mundo; a relação com o saber é uma relação de um sujeito com o mundo, com ele mesmo e com os outros. Refere, ainda, que a relação com o saber se constrói em relações sociais de saber. Daí estas puérperas terem aplicado o saber que aprenderam nas sessões de preparação para o parto, no sentido de conseguirem relaxar e disfrutar do nascimento do filho, passando a serem protagonistas no processo do nascimento.

4.3 – Expectativas Sobre o Trabalho de Parto

Na **dimensão 1**, na categoria **Expectativas sobre Trabalho de Parto**, tem como subcategorias: **Tipo de parto, Tempo de Trabalho de Parto e Segurança**.

Vamos de seguida, tratar as três subcategorias em conjunto, na medida em que estas estão interligadas.

A preparação para o parto como momento de educação para a saúde, funciona como estratégia para aquisição de poder/autoridade por parte dos casais, para o desenvolvimento da cidadania, Figueiredo e col. (2010). Os mesmos autores referem que este poder/autoridade é consequência de um processo de busca de saber, o que implica que as mulheres tenham um melhor atendimento por parte dos profissionais de saúde na altura do parto tornando-se assim, um sujeito ativo neste processo. Oliveira e col. (2010), referem que embora o parto seja considerado como uma rotina nos hospitais e maternidades, a cada mulher deve ser ministrado um atendimento diferenciado, pois a percepção do parto é única e a maneira como é vivenciado, também o é, daí que o cuidado e o conforto devem ser proporcionados, visando a singularidade de cada mulher.

Os depoimentos destas mulheres confirmam-nos o que estes autores nos dizem:

“(...) eu achava que iria ter um parto natural (...)” (E7).

(...) o nascimento do meu filho foi a melhor coisa que me aconteceu até hoje (...) não sei se hei-de ter algo um dia maior (...) mas a expectativa era muita, e foi superada (...)" (E10).

"(...) tudo indicava que iria ser um parto natural (...)" (E6).

"(...) Correu bem, apesar de ter sido puxada pela ventosa (...)" (E1).

"(...) no nascimento do meu filho, apesar de estar programado parto natural, não o vi a nascer porque foi uma cesariana com anestesia geral, tinha duas circulares do cordão à volta do pescoço (...) fui de urgência para o bloco (...) o meu filho já estava a entrar em sofrimento (...)" (E7).

"(...) o meu parto foi uma cesariana e foi marcada de um dia para o outro, era o primeiro filho e ela já não tinha muito espaço para dar a volta (...) estava sentada (...)" (E4).

"(...) eu pensava que me ia sentir muito pior com o parto, não me sentia doente (...) pois tinha sido operada recentemente e o pós-operatório tinha sido muito mau (...)" (E9).

"(...) eu acho que no meu caso se fosse parto natural, a preparação para o parto, ajudaria muito mais, sem dúvida (...) nas aulas aprende-se muita coisa (...)" (E6).

"(...) penso que o meu parto não tenha sido tão demorado (...) embora naquele momento, parecesse que se alongou um bocadinho mais (...)" (E10).

"(...) foi um bocadinho mais complicado do que o que pensava que ia ser (...) foram muitas horas (...)" (E5).

"(...) eu não estava a contar ser de um momento para o outro (...) às três e meia da tarde induziram-me o parto, passadas quatro horas já estava cá fora, foi muito rápido (...)" (E3).

"(...) o meu parto já estava programado (...) estava um pouco ansiosa, não muito, (...) mas um bocadinho, (...) estava preocupada se ia correr bem (...) se estava tudo bem com ela (bebé) (...)" (E8).

"(...) o parto para mim foi fantástico! Eu estava muito bem (...) o meu marido não saiu da minha beira (...) assistiu a tudo (...) senti-me mais segura (...)" (E6).

Nestes depoimentos, estas mulheres sentem que fazem parte de uma vasta equipa, participando ativamente no processo de trabalho de parto e nascimento do seu filho. As expectativas que elas tinham sobre o tipo de parto, muitas vezes não vão ao encontro da ideia que tinham, mas conseguem ultrapassar essa conjuntura porque foram preparadas nas aulas, e alertadas para estas situações. Velasque e col. (2011), enfatizam a responsabilidade do papel do enfermeiro na promoção da saúde das mulheres no ciclo grávido-puerperal, na educação para a saúde e no processo de nascimento, como marco para uma mudança de paradigma da assistência no parto. Desta forma enfatizam o protagonismo das mulheres no nascimento dos seus filhos, (Darós et al, 2010).

Rocha e col. (2010, p. 309), referem que “ (...) o cuidado e o conforto durante o trabalho de parto não pode ser prescrito, não segue receitas, mas é vivido, experienciado (...)”. Estes autores acreditam que a parturiente bem informada e segura terá uma experiência de parto mais tranquila. Referem também que:

“ (...) o próprio sentido da humanização do nascimento é colocar a parturiente e o seu bebé como foco central do processo de parto. Apenas pelo conhecimento da opinião da mulher será possível adaptar os métodos de assistência e garantir um trabalho de parto seguro e confortável. Neste sentido, pensamos que uma atenção voltada para as necessidades específicas da parturiente pode ajudá-la a ter um trabalho de parto e um parto mais satisfatórios”.

Os mesmos autores referem que identificando as expectativas das mulheres face aos cuidados no alívio da dor, e percecionando esses mesmos cuidados no momento do trabalho de parto, os profissionais de saúde devem ir ao encontro da sua satisfação, prestando cuidados no alívio da dor que sejam de qualidade, sendo este um ponto-chave para tornar a experiência do nascimento num momento agradavelmente único.

O alívio da dor deve ser uma prioridade para qualquer profissional de saúde, quando todos os outros métodos não forem suficientemente eficazes, deve-se apostar então num método farmacológico como alternativa ou complemento, Rocha e col. (2010). Os mesmos autores são de opinião que os métodos farmacológicos nunca devem substituir a atenção pessoal e o carinho para com a utente, e que a parturiente sem dor terá uma experiência de parto mais tranquila. Por sua vez, alguns autores têm vindo a sugerir que a satisfação com a qualidade da experiência

de parto é suscetível de influenciar o bem-estar da mulher, assim como a adequação da sua interação com o bebé, Figueiredo (2001).

Costa e col. (2003), num estudo efetuado, referem que a introdução de novas tecnologias, por si só, não é suficiente para proporcionar às mulheres uma experiência mais satisfatória no processo de nascimento. Concluem que é necessário continuar com esforços dirigidos à humanização dos cuidados de saúde, nomeadamente com a presença de um acompanhante no parto, o qual proporciona o aumento do conforto e satisfação da grávida; na redução do nível da dor, garantindo o adequado envolvimento emocional e relacionamento da mãe com o bebé; da adequada preparação e consequente formulação de expectativas mais realistas e promotoras de um maior controlo e participação ativa da mulher no trabalho de parto e parto.

4.4 – Vivências

Na **dimensão 1**, a categoria **Vivências**, tem como subcategorias: **Vivências Sobre o Trabalho de Parto e Vivências sobre o Nascimento**.

Fisher e col., (1997), referem que a vivência do parto é influenciada por vários fatores, entre os quais, destacam-se os procedimentos obstétricos, os cursos de preparação para o parto, a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia. Outros autores também apontaram para o impacto do tipo de parto e das intervenções obstétricas sobre a experiência do parto (Mercer, Hackley e Bostrom, 1983). Além destes fatores, a própria gestação e as expectativas sustentadas em relação ao parto e ao bebé durante esse período podem influenciar a maneira como o parto será vivido (Maldonado, 2002).

O contacto imediato com o filho após o nascimento é outro fator que parece estar associado a uma vivência mais positiva do parto. Por exemplo, Mercer e colaboradores (1983) descobriram que mulheres que tiveram contacto precoce com o recém-nascido saudável, logo após o nascimento, apresentaram sentimentos mais positivos da vivência do parto.

Os depoimentos refletem o que vários autores referem acerca das vivências das mulheres durante o trabalho de parto, podendo verificar-se nas unidades de registo abaixo citadas, aspetos com a importância das técnicas obstétricas, da

importância do contacto pele a pele, que fortalece a ligação precoce mãe-filho e a experiência de parto, como uma sensação única de transição desenvolvimental.

“(...) este meu segundo parto foi mais complicado, o primeiro foi um parto natural (...) Desta vez não puxei da melhor maneira, por causa da epidural (...) por estar muito anestesiada (...) puxava, porque me diziam para puxar, eu não sentia nada (...)” (E5).

“(...) o meu parto foi um bocadinho complicado, apesar de ter sido uma cesariana (...)” (E4).

“(...) foi fantástico (...) Sentir o meu filho, depois de 9 meses dentro da minha barriga, senti-lo na minha pele, foi muito bom (...)” (E10).

“(...) o parto foi tão bom (...) que disse logo na altura que gostava, de ter outro (...)” (E2).

“(...) É uma sensação única mesmo, comecei logo a chorar (...) não há palavras para descrever (...)” (E3).

Neste sentido, para que a mulher obtenha experiências de parto mais satisfatórias e gratificantes é necessário instituir estratégias de educação para a saúde que permitam um empoderamento eficaz da mulher/casal, para que estes sejam participantes ativos no processo de parentalidade.

Para isso é necessário que os enfermeiros de saúde materna e obstétrica sejam agentes ativos na prossecução destes resultados, mostrando-se coniventes com a mudança de paradigma que esta realidade exige do sistema de saúde.

4.5 – Papel Parental

Na **dimensão 2, Preparação para a Parentalidade**, na categoria **Papel parental**, surgiram como subcategorias: **“saber”**, **“Habilidades”** e **“Exercício do papel parental”**.

A parentalidade segundo Cruz (2005, p. 13), é definida como um “conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (...) junto dos seus filhos, no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”.

Para Lowdermilk e col. (2002, p. 457), “Tornar-se pai e tornar-se mãe gera um período de mudança e instabilidade para todos os homens e mulheres que decidem ter filhos.” Segundo estas autoras para promover a adaptação à parentalidade, os pais necessitam de assumir comportamentos e habilidades para lidar com a mudança e com o desequilíbrio desta nova etapa de suas vidas.

Neste estudo, constatamos que os pais demonstraram mobilização de saberes e aquisição de habilidades na medida em que lhes permitiu fazer face a situações novas. Assim, sentiram necessidade de enaltecer os processos formativos durante o período pré-natal como tendo sido momentos fundamentais na aquisição de saberes e habilidades, como é expresso nos seguintes depoimentos:

“(...) Sabia mudar a fralda, sabia que tinha de pôr o creme (...) sabia que tinha que limpar bem o cordão com o álcool (...)” (E3).

“(...) a preparação para o parto ajudou-me para saber limpar o cordão (...)” (E1).

“(...) o primeiro banho foi fácil, foi o pai que deu, mas foi fácil e foi uma experiência muito agradável (...)” (E10).

“(...) teve algumas cólicas (...) e aprendi a massajar a barriguinha (...) resulta (...)” (E5).

“(...) dar-lhe banho no início com uma toalhinha húmida, ajudou eu a explicar ao pai como é que se faz (...) o porquê de se fazer assim (...)” (E4).

“(...) compreender melhor os sinais que ele (bebé) dava (...) como tratar dele, dar-lhe banho, as cólicas, (...) mesmo com todas as aulas teóricas e os livros que lemos, as coisas são sempre um bocadinho diferentes (...)” (E7).

“(...) tudo o que aprendi nas aulas (...) como cuidar do bebé, pus em prática (...) tem-me ajudado muito (...) eu não sabia nada (...)” (E8).

“(...) não pegava na mama e o que nós ouvimos falar nas aulas, ajudou-me (...) a importância da amamentação, como devemos fazer (...) senão eu tinha desistido logo à primeira (...) as aulas fizeram com que eu não desistisse (...)” (E8).

“(...) as aulas ajudaram-me muito (...) foi o meu primeiro filho, não tinha experiência nenhuma. (...) e é à base desta formação que tenho que tratar dele, dar de mamar, dar-lhe banho, tratar do cordão (...) sinto-me mais segura (...)” (E9).

O exercício do papel parental, nos dias de hoje, torna-se imperativo. Cada vez mais a mulher/casal sente necessidade de apoio desde o início da gravidez até ao pós-parto. Para além do planeamento do nascimento do filho, a preparação para o seu acolhimento é uma etapa fundamental, num período de transição de particular instabilidade para o casal.

A ansiedade destas mães demonstra bem a preocupação em exercer o papel parental. Nestas entrevistas podemos constatar que as mulheres se preocupam mais com o bebé do que com elas próprias, o que corrobora a ideia de que as intervenções do enfermeiro ao nível da preparação para o desempenho do papel maternal afiguram-se como uma área importante, uma vez que a competência e segurança no desempenho deste papel repercutir-se-á no processo de adaptação à parentalidade.

“(...) o meu medo sempre foi mais em relação a ele (bebé) (...) se iria estar à altura, se iria conseguir tratar dele (...)” (E2).

“(...) eu nunca tive medo do parto, sempre tive mais medo de cuidar do meu filho (...)” (E2).

“(...) a preparação para o parto é importante (...) mas para lidar com o bebé é muito mais importante (...) por isso a preparação da parentalidade é ainda mais importante, a meu ver (...) tenho posto em prática o que aprendi (...)” (E9).

Mercer e Walker (2006), com base na análise de alguns estudos sobre esta temática, concluíram que os pais que foram sujeitos a este tipo de intervenção (preparação do papel parental) exibiram uma maior sensibilidade face às necessidades da criança e ao seu desenvolvimento sócio emocional. Consequentemente, as mães ficaram mais confiantes e competentes no cuidado aos filhos.

Moura-Ramos e Canavarro (2007, p. 411), referem que “o nascimento de um filho parece constituir assim, um importante momento na vida dos casais, caracterizado pela presença de diferentes desafios e exigências que os casais parecem, de um modo geral, conseguir superar”. Referem, também que na generalidade, os resultados do estudo que efetuaram, sugerem que o nascimento de um filho é um importante momento na vida das famílias, traduzindo felicidade para ambos, sendo que os resultados do estudo indicam uma adaptação mais exigente para a mãe, devido à maior necessidade de reorganização implicada. As mesmas autoras verificam que o nascimento de um filho pode provocar nos seus

progenitores e restante família, alguma perturbação devido a todas as mudanças que lhe estão associadas.

Desta forma os discursos destas mulheres corroboram com as ideias de Batista e col. (2006), que afirmam que o adequado suporte social, proporciona um apoio importante na vida das pessoas, como por exemplo no puerpério, parto e pós parto, favorecendo às grávidas e puérperas um maior controle do ambiente, dando-lhes esperança, apoio e proteção. Neste sentido o suporte social, bem como o suporte familiar é muito importante para a manutenção da saúde em situações de stress, além de ajustamento de comportamentos maternos em relação aos filhos (Dessen e Braz, 2000). Alvarado e col. (1993), referem que o suporte social e os recursos pessoais podem reduzir o aparecimento do distress emocional nos eventos da vida, nomeadamente no puerpério.

Conde e Figueiredo (2007, p.397), vão ao encontro dos depoimentos destas mulheres ao afirmarem que:

“Acreditamos que a intervenção dos técnicos e investigadores na área da saúde reprodutiva, com vista à promoção do ajustamento dos pais nesta fase exigente das suas vidas, sairá favorecida com a compreensão das vicissitudes que caracterizam a vivência psicológica parental da transição para a parentalidade. Tal intervenção deverá envolver todos os elementos do processo em causa e focalizar-se nas maiores áreas de preocupação parental. Deste modo, garantir-se-á uma prestação de cuidados adequados aos pais e a diminuição da morbilidade associada a este período de vida”.

Consideramos fundamental a intervenção do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica no processo de transição para a parentalidade. Assim o enfermeiro deve promover processos formativos e dinâmicos para que os casais possam tomar decisões fundamentadas e esclarecidas, permitindo-lhes ser parceiros ativos neste processo.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo foi uma oportunidade de descoberta e um constante desafio na caminhada que agora se conclui.

A excelência do exercício profissional, nomeadamente na enfermagem de saúde materna e obstétrica, surge como um nível de qualidade de trabalho, nos CSP, nomeadamente na preparação para o parto e parentalidade, traduzida como ganhos em saúde.

Assim, com o presente estudo, objetivou-se compreender as expectativas/vivências de um grupo de mulheres que fizeram preparação para o parto numa USF do ACES de Gondomar, de modo a perceber a maneira como conseguiram mobilizar os saberes adquiridos nas sessões de preparação para o parto e parentalidade, durante o período pré natal.

A preparação para o parto e parentalidade torna-se cada vez mais importante e tem cada vez mais procura, no SNS (USF ou UCC).

Este estudo tornou-se pertinente na medida em que, para os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, é importante saber se as mulheres/casais conseguem mobilizar os conhecimentos adquiridos durante o período pré natal, nas sessões de preparação para o parto e parentalidade, pois o nascimento de uma criança, à luz da teoria das transições, é considerado um período crítico e de grande stress, tanto para a mulher como para o homem.

Utilizamos como técnica de recolha de dados a entrevista semi-estruturada. Para a análise dos dados, seguimos a análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin.

Tivemos subjacente a teoria dos saberes de Maglaive (1995) para a análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos, no sentido de compreender o modo como as mulheres mobilizam os seus saberes durante o trabalho de parto e parto.

No decurso da análise de conteúdo das dez entrevistas, salientaram-se duas dimensões: “Preparação para o parto” e “Preparação para a parentalidade”,

emergindo cinco categorias: “Trabalho de parto”, “Estratégias de alívio da dor”, “Expectativas sobre o trabalho de parto”, “Vivências” e “Papel parental”.

Neste estudo constatámos que os depoimentos das mulheres, no que diz respeito à categoria “Trabalho de parto”, refletem o saber-teórico, o saber processual, o saber-fazer e o saber em uso, na medida em que as mulheres souberam aplicar o que aprenderam nas aulas de preparação para o parto e parentalidade, sentindo-se protagonistas no processo de nascimento. Neste sentido, compreendemos que, para que a mulher seja capaz de adquirir saberes eficazes, no sentido de controlar o TP, deve reger-se pelos “saberes em uso”, uma vez que estes agregam os diferentes tipos de saberes numa totalidade e complexidade, possibilitando o ajuste dos procedimentos às diferentes situações.

Estas mulheres utilizaram o conhecimento e souberam como pôr em prática o que aprenderam nas sessões de preparação para o parto: a técnica da respiração e o relaxamento, como estratégia para ultrapassar alguns desconfortos, no sentido de disfrutar do nascimento do filho.

Desta forma, as expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto e nascimento são superadas e os resultados são promissores, com grande satisfação da mulher/casal, onde se salientam os ganhos em saúde. Por outro lado, existem depoimentos de mulheres em que os resultados não abrangem a totalidade das expectativas, mas como estão preparadas, conseguem mobilizar os saberes que adquiriram de modo a superar as dificuldades que surgiram.

Neste estudo consideramos o empoderamento como um processo pelo qual a grávida adquire responsabilidade pela sua participação ativa na tomada de decisão, tornando-a capaz de controlar o processo de maternidade. Estando preparadas, estas mulheres estão mais tranquilas e agem de forma racional e ponderada, com conhecimento da situação.

Em suma, os conhecimentos e competências apreendidos possibilitam a capacidade para a realização de tarefas, tendo critérios de desempenho estabelecidos anteriormente, onde são capazes de selecionar, reunir e aplicar todos os conhecimentos, habilidades e comportamentos relevantes para determinada situação.

A preparação para o parto e parentalidade, para estas mulheres, foi importante pois, na sociedade atual, nomeadamente no concelho de Gondomar, o tipo de família que predomina é a família nuclear. O contacto com a gravidez, o parto e o recém-nascido é quase nulo. Os saberes que estes casais têm sobre o assunto é insuficiente e é à base destas sessões de preparação para o parto e parentalidade, nos CSP, que obtêm a informação e formação necessária para

procederem conscientemente durante o trabalho de parto, nascimento e o exercício do papel parental. No decorrer das entrevistas, estas mulheres, referiram que o teor das sessões práticas e teóricas lhes permitiram adquirir conhecimentos e habilidades.

O papel da mulher/casal, face à preparação para o parto, constitui uma variável importante no que diz respeito ao bom desempenho desta atividade, com resultados que igualem as suas expectativas. Este papel é determinado pela qualidade do processo de aprendizagem e pela qualidade de aplicação dos saberes adquiridos. Consideramos que a teoria dos saberes, proposta por Malglaive, explica a forma como a mulher/casal interligam todos os seus conhecimentos, e evidencia se esta está apta para mobilizar os conhecimentos no trabalho de parto e parto, assim como o desempenho do papel parental.

Neste sentido, constatamos que os pais demonstraram mobilização de saberes e aquisição de habilidades na medida em que lhes permitiu fazer face a situações novas, sentindo necessidade de enaltecer os processos formativos durante o período pré-natal como tendo sido momentos fundamentais na aquisição de saberes e habilidades

O exercício do papel parental, nos dias de hoje, torna-se imperativo. Cada vez mais a mulher/casal sente necessidade de apoio desde o início da gravidez até ao pós-parto. Para além do planeamento do nascimento do filho, a preparação para o seu acolhimento é uma etapa fundamental, num período de transição de particular instabilidade para o casal.

A ansiedade destas mães demonstra bem a preocupação em exercer o papel parental. As mulheres preocupam-se mais com o bebé do que com elas próprias, o que corrobora a ideia de que as intervenções do enfermeiro ao nível da preparação para o desempenho do papel maternal afiguram-se como uma área importante, uma vez que a competência e segurança no desempenho deste papel repercutir-se-á no processo de adaptação à parentalidade.

Neste estudo, os depoimentos das mulheres corroboram as ideias de vários autores (Baglio, 2000; Couto, 2003; Redman, 2003), que afirmam que o adequado suporte social proporciona um apoio importante na vida das pessoas, como por exemplo no puerpério, parto e pós parto, favorecendo às grávidas e puérperas um maior controlo do ambiente, dando-lhes esperança, apoio e proteção. Desta forma, o suporte social, bem como o suporte familiar são muito importantes para a manutenção da saúde em situações de *stress*, além do ajustamento de comportamentos maternos em relação aos filhos. Também o suporte social e os

recursos pessoais ajudam a reduzir o aparecimento do *distress* emocional nos eventos da vida, nomeadamente no puerpério.

Através dos testemunhos das participantes, consideramos fundamental a intervenção do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica no processo de transição para a parentalidade. Assim, o enfermeiro deve promover processos formativos e dinâmicos para que os casais possam tomar decisões fundamentadas e esclarecidas, permitindo-lhes ser parceiros ativos neste processo. A estratégia de empoderamento em saúde, através destas sessões, constitui um instrumento da prática do EESMO, que aponta para o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais, contribuindo para a promoção da saúde, com a adoção de um estilo de vida saudável e controlo de comportamentos, pelo que se deve investir nos cuidados antecipatórios.

Neste sentido, designa-se que a contribuição deste estudo de investigação para a prática de enfermagem se foca na identificação do grau de eficácia com que as mulheres/casais conseguem mobilizar correctamente os saberes que lhes foram transmitidos pelo EESMO durante a preparação para o parto, e se esta mobilização causou alterações nos níveis de satisfação face às suas expectativas/vivências.

Podemos salientar, ainda, que existem limitações neste estudo. Estas prendem-se com o tipo de amostragem utilizada, o que interfere na representatividade da amostra, visto o entrevistado e entrevistador serem já conhecidos. Apesar destas limitações, os resultados corroboram os estudos nesta área de intervenção, que referem que é benéfica a preparação para o parto e parentalidade, tanto para a mulher/casal, como para a obtenção de ganhos em saúde.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARADO, R. [et al.] – Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. *Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia*, p. 135-141,1993.

AMADO, J. – A Técnica da Análise de Conteúdo. *Referência* [Em linha]. nº 5, p. 53-63, 2000. [Consult. Mar. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<https://woc.uc.pt/fpce/person/ppinvestigador.do?idpessoa=10057>>.

BAGLIO, G. [et al.] - Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. Vol. 36, nº4 (2000) p.465-478.

BAPTISTA, M.; BAPTISTA, A.; TORRES, E. – Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. PSIC. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 7, nº 1, p. 39-48, 2006.

BARDIN, L. – *Análise de conteúdo*. 4ª ed. França: Edições 70, 2009. p. 281. ISBN 978-972-44-1506-2.

BAVARESCO, G. Z. [et al.] – O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*. Vol.16, nº 7 (Jul. 2011).

BELL, J. – *Como realizar um projecto de investigação*. 5ª Edição, Lisboa: Gradiva, 2010.

BENTO, M. – *Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress/ansiedade na gravidez*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, 1992.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 97-0-3411-2.

BONI, V.; QUARESMA, S. – Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. Vol. 2, nº 1, p. 68-80, 2005.

BOSS, P. – *Family stress management: A contextual approach*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.

BRASILEIRO, R.; JABLONSKI, B.; FÉRES-CARNEIRO, T. – *Papéis de gênero, transição para a paternidade e a questão da tradicionalização*. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual em Saúde – LILACS, 2002.

CAMPERO, L. [et al.] – *Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of caesarean section in a Mexican study*. *Midwifery*. Vol. 20, nº 4 (2004) p. 312-323.

CHAGAS, N. [et al.] – Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. *Ciênc. de enferm.* [Em linha]. Brasil, 2009, vol. 15, n. 2 [Consult. Abr. 2011]. Disponível na Internet: <URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200005> ISSN 0717-9553.

CHARLOT, B. – *Da relação com o saber: elementos para uma teoria*. Porto Alegre - Editora: Artmed, 2000.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. – Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*. Lisboa. Série 25, nº 3 (2007), p. 381-398.

COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A. – Experiência de Parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, p. 203-217, 2002.

COUTO, G. – Preparação para o Parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Editora Loures, 2003.

COUTO, G. – Conceitualização pelas Enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Porto, 2006. [Consult. Abr. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a07.pdf>>.

CRUZ, O. – *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto, 2005. p. 261. ISBN 989-558-054-1.

DARÓS, D. [et al.] - Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol. 12, nº 2, 2010.

DAVIM, R – *Avaliação da efectividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase activa do período de dilatação do trabalho de parto*, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

DECRETO-LEI nº 142/99. D. R. 1ª Série – A. (31-08-99) 203.

DESSEN, M.; BRAZ, M. – Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, p. 1-18, 2000.

DIAS, M. – *Construção e Validação de um Inventário de Competências – Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*, Lisboa: Lusociência, 2006.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Plano nacional de luta contra a dor. Aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001, 2001.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Preparação para o parto – Método Psicoprofilático*. Circular Normativa nº 2/006 – ARS Norte de 24/02/2006.

DOMINGO, O. – O Pai no Parto e a Educação para a Saúde. *Fórum Enfermagem*, 2007.

DUBAR, C. – *A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora, 1997.

FIGUEIREDO, B. – *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2001.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. - Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, (Abr. 2002). Vol. 20, nº 2, p.203-217. ISSN 0870-8231.

FIGUEIREDO, B. [et al.] - *Questionário de antecipação de parto*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2005.

FIGUEIREDO, B. [et al.] – Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* [Em linha]. n.º 1, Braga, 2006 [Consult. Mai. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5698/1/Qualidade%20das%20rela%C3%A7%C3%B5es%20significativas%20na%20mulher.pdf>>.

FIGUEIREDO, I.; LEAL, I.; MAROCO, J. – Escala de vinculação pré-natal. In LEAL, I.; MAROCO, J. – *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: Livpsic, 2010. p. 46. ISBN 978-989-8148-32-2.

FISHER, J.; ASTBURY, J.; SMITH, A. – Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, p. 728-738, 1997.

FORTIN, M.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Trad. de Nídia Salgueiro. Montreal: Lusodidacta, 2009, p. 595. ISBN 978-989-8075-18-5.

FREITAS, M.; FREITAS, M. – Preparação para o parto pelo método psicoprofilático. *Coimbra. Sinais Vitais*. nº 8 (Ago. 1996), p.41-45.

GIL, M. – Dar sem (se) perder. In: *Análise psicológica*. p. 393-400, 1998.

GRAÇA, L. – *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno* – um estudo quasi-experimental. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada à Universidade de Lisboa, 2010.

HAGUETTE, T. – *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 4ª Edição Petrópolis: Vozes, 1995.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. – *Técnicas de pesquisa*. 4ª Edição. São Paulo. Editora Atlas, 2004.

LANDIM, F. [et al.] – Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativa/quantitativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Vol. 19, nº 1. Universidade de Fortaleza, Brasil, 2006.

LAWDERMILK, D. [et al.] – *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª Ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora, 2002.

LEBOVICI, S. – Diálogo Letícia Solis-Ponton e Serge Lebovici, In C.P.Silva e L. Solis-Ponton (Eds), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio*. p. 21-27. S. Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo, 2004.

LE BOTERF G. – Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: Cinco desafios a enfrentar. *Formar*, p. 40-46. 1994.

LEAL, I. – *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto, 2006.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. – *Investigação Qualitativa – fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

LOURENCO, S.; AFONSO, H. – Nascimento do Primeiro Filho e alterações Familiares. *Nursing*. Lisboa. Ano 20, nº 238 (Out. 2008), p. 22-28.

LUKAS, K. – *Facilitação psicológica do parto*. São Paulo: Manole Editora, 1983.

MALDONADO, M. - *Psicologia da Gravidez*. 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALGLAIVE, G. – *Ensinar Adultos*. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora, 1995. p. 272. ISBN 978-972-0-34116-7.

MAY, K. A. – Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, p. 337-342, 1982.

MELEIS, A. I. - Transitions theory. New York: *Springer Publishing Company*, 2000.

MENDES, I.– *Ajustamento Materno e Paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra, 2009. p. 305. ISBN 978-972-8910-41-9.

MERCER, R.; HACKLEY, K. ; BOSTROM, A. – Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research*, p. 202-207, 1983.

MERCER, R – Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*, p. 456-464, 2004.

MERCER, R.; WALKER, L. – A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), p. 568-582, 2006.

MINAYO, M. – *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001.

MORGADO, C. [et al.] – Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: Estudo comparativo. Coimbra: *Referência*, 2010, p. 17-27.

MORIN, E. – *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Editora Garamond, Lda.: Rio de Janeiro, 1999. ISBN 85-86435-25-2,.

MORO, M. – Os ingredientes da parentalidade. - *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, 2005, p. 258-73.

MOURA-RAMOS, M.; CANAVARRO, M. – Adaptação Parental ao nascimento de um filho; Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, p. 399-413, 2007.

NUNES, L. – *Ética na Prática de Enfermagem*. Comunicação – mesa redonda – XXVI Congresso Português de Cardiologia. Porto, 2005.

NYSTRÖM, K.; ÖHRLING, K. – *Parenthood experiences during the child's first year*: Journal of Advanced Nursing, p. 319-330, 2004.

ODENT, M. – *A Cesariana: Operação de salvamento ou indústria do nascimento?* Trad. de Freitas e Silva. 1ª ed. Londres: Miosótis, 2005. ISBN 972-8779-57-7.

OLIVEIRA, C.; PEDROSA, A.; CANAVARRO, M. – *Gravidez, parentalidade e mudança, stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade*. In A. Pinto e A. Silva, *Stress e bem-estar*, p. 59-83. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

OLIVEIRA, A. [et al.] – Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista Rene*. Vol. 11, 2010. p. 32-41.

OMS – *International Conference On Health Promotion*. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Copenhaga, 1998.

OMS – *Community participation in local health and sustainable development*. European Sustainable Development and Health Series: 4, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, Ministério da Saúde, 2005.

PEREIRA [et al.] – Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Revista Nursing*, nº 267 (Jul. 2011).

PEREIRA, M. – *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente* - Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, especialidade em Intervenção em Enfermagem à Universidade de Lisboa, 2010.

PERRENOUD, P. – *Construir as Competências desde a Escola*. Porto Alegre : Artmed Editora, 1999.

PIRES, A. – *Aprendizagem de adultos: contextos e processos de desenvolvimento e reconhecimento de competências*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, 2008.

P.N.S. – 2011-2016 *A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Alto Comissariado da Saúde. 2010.

PRIBERAM, (org.) – Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult. Mai. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.priberam.pt/dlpo/>>.

RAMOS, M. [et al.] – *A adaptação paterna na transição para a parentalidade*, 2005.

REDMAN, B. K. – *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência, 2003. p. 17.

RELVAS, A. – *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento, 2000.

RIBEIRO, J. – *O Consentimento Informado na Investigação em Psicologia da Saúde é necessário*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2002.

ROCHA, A. [et al.] – *Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente*. Viseu: Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde, 2010.

SANTANA, S. [et al.] – *Benefícios da Preparação para a Parentalidade no Parto*. Portimão: II Jornadas de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil, 2011.

SANTO, P. – *Introdução à Metodologia das Ciências Sociais – Génese, Fundamentos e Problemas*. 1ª Edição, Lisboa: Edições Sílabo, 2010.

SCHMIDT, M.; BONILHA, A. – Alojamento conjunto: expectativas do pai com relação aos cuidados da sua mulher e filho. *Revista Gaúcha Enfermagem*, p. 316-324, 2003.

SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. – Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, p. 119-127, 1994.

SILVEIRA, R. – Competências e habilidades pedagógicas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 2011.

SILVESTRE, M. – *Encontros e desencontros no Ensino Clínico em Enfermagem. Uma abordagem qualitativa centrada na orientação clínica dos enfermeiros num contexto de parcerias*. Tese de mestrado apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2003.

SIMÕES, A. – *Motivações e expectativas profissionais dos estudantes de enfermagem*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Aberta. Lisboa, 2008.

SOARES, H. – *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Tese de mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008.

SPINELLI, [et al.] – Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *Jornal de Medicina Materno-Fetal e Neonatal*. 2003, p. 94-101.

TEIXEIRA, I. [et al.] – Assistência de enfermagem ao pré – natal: Reflexão sobre atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde reprodutiva da mulher. Brasil: *Revista Ciência e Saúde*, 2010.

VELASQUE, E.; PRADEBON, V.; CABRAL, F. – Relato de experiência – o enfermeiro no processo de parir/nascer: Estratégia de cuidado e humanização do parto. *R. Enferm. UFSM* (2011), p.80-87.

ZORNIG, S. – Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro. Vol. 42, p. 453-470, 2010.

ANEXOS

ANEXO I – Guião da Entrevista



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
2º Ano

GUIÃO DA ENTREVISTA

Orientação:

Professora Doutora Marinha Carneiro

Co-Orientação:

Professora Mestre Paula Prata

Isabel da Conceição Moura Marques Neves

Porto, Janeiro de 2011

Guião de Entrevista

Designação do Estudo: “Preparação para o Parto – Expectativas/Vivências de um grupo de Mulheres”.

Este estudo é desenvolvido por Isabel da Conceição Moura Marques Neves, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como principais objectivos: **Explorar e descrever as vivências das mulheres acerca da preparação para o parto, no sentido de perceber a forma como cada uma pôs em prática os conhecimentos adquiridos durante a educação pré-natal; avaliar os efeitos das acções educativas no período pré-natal.**

Para tal, necessito da sua colaboração e ficar-lhe-ia muito grata se pudesse dispensar alguns minutos para a realização de uma entrevista, sendo esta gravada em áudio.

A sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer altura. A confidencialidade das respostas é assegurada.

Para qualquer esclarecimento, dúvida, ou caso pretenda aceder ao trabalho final, pode contactar-me: 961911414 ou isabelnvs@gmail.com.

A investigadora

(Isabel da Conceição Moura Marques Neves)

GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista nº _____ Data _____			
Identificação do participante: Idade _____ Estado civil _____ Escolaridade _____ Profissão _____ Primeiro filho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo de Parto _____			
Bloco	Objectivos	Questões	Observações
I Primeiro contacto	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Explicar o tipo de estudo e a finalidade. - Esclarecer e respeitar os princípios éticos. - Entregar o consentimento informado para assinar. 		
II Factores facilitadores ou inibidores	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender as expectativas/vivências da mulher no processo de TP e nascimento. 	Gostaria que me contasse como foi o seu trabalho de parto e o nascimento do seu filho? Quais as expectativas em relação ao TP e Nascimento.	Estar atenta ao estado emocional da mulher.
III Preparação para o parto	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o contributo da preparação para o parto e a sua satisfação em relação: - Trabalho de parto e nascimento 	De que modo o que aprendeu nas aulas de preparação para o parto a ajudaram no: -Trabalho de parto e no nascimento do seu filho?	

		<p>Durante a Preparação para o Parto quais as expectativas que tinha em relação ao Parto e a esta fase da vida após o Nascimento?</p> <p>(Por ex: capacidade para cuidar do bebé, alterações de humor, implicações na vida da família/casal...)</p> <p>Há algum aspecto que gostasse de mencionar e que não perguntei?</p>	

ANEXO II – Pedido e parecer de autorização para o estudo

Exmo. Sr. Presidente do Conselho
Directivo da ARS Norte I.P.

Isabel da Conceição Moura Marques Neves, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções no ACES de Gondomar, USF Sete Caminhos, encontra-se a frequentar o **2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem do Porto**, vem por este meio pedir a V. Exa. se digne autorizar a recolha de dados por meio de entrevista semi-estruturada em gravação áudio, a grávidas inscritas na USF Sete Caminhos e a frequentar as Sessões de Preparação para o Parto.

Este pedido fundamenta-se no facto de que pretende elaborar uma investigação qualitativa no âmbito do seu mestrado, a qual visa estudar e aprofundar **“Preparação para o Parto – Expectativas/Vivências de um grupo de mulheres”**. Desta forma o estudo será elaborado por entrevista realizada a mulheres inscritas na USF Sete Caminhos, cujos partos se realizem entre 01 de Janeiro de 2011 a 30 de Abril de 2011 e que tenham frequentado as sessões de Preparação para o Parto.

Os dados recolhidos terão carácter confidencial quanto à individualidade do sujeito entrevistado, mas a referência ao local – ACES de Gondomar, USF Sete Caminhos – será dada, caso autorize a sua divulgação.

Desde já agradece toda a colaboração disponibilizada por esse organismo na colaboração de mais um trabalho que visa, acima de tudo, a melhoria dos Cuidados de Saúde prestados ao indivíduo/família, em particular na melhoria da preparação da mulher/família para o Parto, assim como colaborar para a melhoria da Qualidade Científica dos Cuidados de Enfermagem.

Este pedido foi já enviado para a Comissão de Ética da ARS-Norte, I.P. e para o ACES de Gondomar.

Pede Deferimento,
Porto, 18 de Dezembro de 2010
Isabel da Conceição Moura Marques Neves

PARECER Nº 79/2010

Sobre o estudo **“Preparação para o parto – Expectativas/
/Vivências de um grupo de mulheres”**

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo n.º 79.10CES, após solicitação de Parecer enviada em 08/12/2010, por correio eletrónico, pela investigadora Enfermeira Isabel da Conceição Moura Marques Neves relativo ao estudo “Preparação para o parto – Expectativas/Vivências de um grupo de mulheres”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da orientadora Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro (Professora Coordenadora).

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: protocolo da investigação, guião da entrevista, pedido de autorização para a realização do estudo à CES, modelo de consentimento informado, livre e esclarecido, declarações da investigadora e da orientadora, mensagens de correio eletrónico trocadas com esta CES.

A.3. Trata-se de um «estudo qualitativo de tipo exploratório» que pretende compreender se as mulheres que assistiram às sessões de Preparação para o Parto, na USF “Sete Caminhos”, Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar e cujos partos se realizem entre 1 de Janeiro de 2011 e 30 de Abril de 2011, conseguiram mobilizar os conhecimentos no período pré-natal. Os critérios de inclusão são: i) mulheres inscritas na USF sete caminhos, que assistiram a pelo menos 6 sessões de preparação para o parto; ii) que tenham tido um recém-nascido num tempo igual ou inferior a 30 dias, independentemente do tipo de parto; iii) que falem e compreendam o português; iv) que tenham idade igual ou superior a 18 anos; v) que aceitem fazer parte do estudo. A recolha de dados será feita através da entrevista semi-estruturada, gravada em áudio e posteriormente transcrita para o papel na sua íntegra, sendo destruída no espaço de seis meses após o término do estudo. Os custos inerentes ao estudo são da exclusiva responsabilidade da investigadora.

A.4. Após análise dos documentos apresentados esta CES, solicitou e propôs à investigadora os seguintes esclarecimentos/assuntos: i) o esclarecimento da população alvo; ii) o esclarecimento a quem são imputados os custos pela investigação apresentados no protocolo do estudo; iii) a reformulação do modelo de consentimento informado, livre e esclarecido de acordo com as orientações do documento-guia sobre a análise de projectos de investigação clínica por uma CES, colocado no portal da ARSN.

A.5. A investigadora aceitou todas as alterações propostas por esta CES e respondeu a todas as questões colocadas.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Reconhece-se pertinência ao estudo e interesse prático nos resultados esperados.

B.2. A obtenção da amostra assim como toda a metodologia a usar, incluindo a análise estatística, está de acordo com os requisitos cientificamente aceites como correctos.



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

2/2

B.3. Os participantes do estudo são devidamente informados sobre o estudo e o modelo de Consentimento apresentado atende os pressupostos que salvaguardam o princípio da autonomia, garantindo ainda a confidencialidade.

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

A relatora, *Enf.ª Susana Teixeira*

Aprovado em reunião do dia 14 de janeiro de 2011, por unanimidade.

Rosalvo Almeida

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

ANEXO III – Declaração de consentimento livre e informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR
EM ESTUDO COM GRAVAÇÃO ÁUDIO DE ENTREVISTA**

Designação do Estudo: “Preparação para o Parto – Expectativas/Vivências de um grupo de mulheres”.

Este estudo é desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como principal objectivo compreender as vivências das mulheres acerca da preparação para o parto, no sentido de perceber a forma como cada uma põe em prática os conhecimentos adquiridos durante a educação pré-natal; avaliar os efeitos das acções educativas no período pré-natal.

Confirmo que expliquei ao utente, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações, feitas com conhecimento prévio do Coordenador desta Unidade de Saúde, destinam-se exclusivamente a ser usadas para o estudo acima referido, ficando à guarda e responsabilidade da investigadora Enfermeira Isabel da Conceição Moura Marques Neves.

É garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa. Também é expressamente garantido que haverá destruição ou apagamento da gravação ao fim de 6 meses.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Assinatura da investigadora | _____ | Data
...../...../.....

Declaro que concordo em participar neste estudo, aceito o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas.

Assinatura da participante, | _____ |
Data...../...../.....

Feito em duas vias: original para o processo da investigadora, duplicado para a pessoa que consente.
--